



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180658799

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Xochitl Fernanda</u> Primer Apellido <u>Anteana</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>09</u> Mes <u>02</u> Año <u>2018</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		5. CURP <u>A01H11180209M5P1N1R1C1A1</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>10</u> Para menores de un día: Horas <u>1</u> Días <u>0</u> Para menores de un mes: Meses <u>1</u> Años cumplidos <u>0</u> Para menores de un año: Meses <u>10</u> Años cumplidos <u>0</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Penumbritilla</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Barrio</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Penumbritilla</u> 10.3 Núm. Exterior <u>799960</u> 10.4 Núm. Interior <u>799960</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>799960</u> 10.8 Localidad <u>Penumbritilla</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2417074723-3</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input checked="" type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Centro de Salud Chapulhuacán</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SIP515A10117516</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle <u>20 de Noviembre</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>La Coloma</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>La Coloma</u> 15.3 Núm. Exterior <u>799960</u> 15.4 Núm. Interior <u>799960</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>799960</u> 15.8 Localidad <u>Chapulhuacán</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>02</u> Mes <u>01</u> Año <u>2019</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>64</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Brucelosis</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Desnutrición leve</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Desnutrición leve</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Desnutrición leve</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 horas</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>J20.9</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J20.9</u>	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>799960</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>La Coloma</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>La Coloma</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>799960</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>799960</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>799960</u> 22.7.8 Localidad <u>Chapulhuacán</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Santiago</u> Primer Apellido <u>Anteana</u> Segundo Apellido <u>Anteana</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	
--	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>Medico Pasante</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Bernardo</u> Primer Apellido <u>Loredo</u> Segundo Apellido <u>García</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle <u>20 de Noviembre</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>La Coloma</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>La Coloma</u> 29.3 Núm. Exterior <u>799960</u> 29.4 Núm. Interior <u>799960</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>799960</u> 29.8 Localidad <u>Chapulhuacán</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>44421140993</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>02</u> Mes <u>01</u> Año <u>2019</u>	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>799960</u> , Libro Núm. <u>799960</u> 31.1 Acta Núm. <u>799960</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Chapulhuacán</u> 32.2 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>02</u> Mes <u>01</u> Año <u>2019</u>	
--	--	---	--

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

180658799