



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180659398

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Branda Suriel Martínez Hernández</i>	Nombre(s) <i>Branda Suriel</i> Primer Apellido <i>Martínez</i> Segundo Apellido <i>Hernández</i>				
		2. FECHA DE NACIMIENTO <i>04 07 2018</i>	Día <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año <input type="radio"/> 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>Sonora</i>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
		5. CURP <i>BRSMHJ1804071101000</i>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora <input type="radio"/> 9		
		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____	Para menores de un día _____ Horas _____	Para menores de un mes _____ Días _____	Para menores de un año _____ Meses _____	Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____	
		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Especifique	
		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>	10.2 Nombre de la vialidad <i>Emiliano Zapata</i>	10.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 10.4 Núm. Interior <input type="radio"/>	10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Localidad</i>	10.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>
		10.7 Código Postal <i>78100</i>	10.8 Localidad <i>Cerro</i>	10.9 Municipio o delegación <i>Cerro</i>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 0 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99		
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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 <i>SLP 1000007312</i>				
		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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital IMSS Prosp</i>	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Km 6 1/2</i>	15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>	15.2 Nombre de la vialidad <i>22 de Mayo</i>			
		15.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 15.4 Núm. Interior <input type="radio"/>	15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Localidad</i>	15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Medellín</i>			
		15.7 Código Postal <i>78100</i>	15.8 Localidad <i>Cerro</i>	15.9 Municipio o delegación <i>Cerro</i>	15.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>		
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>15/12/2018 10:10</i>	16.1 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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Debido a (o como consecuencia de) <i>Sin embargo de distinta condición respiratoria seguido de paro cardíaco</i>	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Debido a (o como consecuencia de) <i>Neumonía Adquirida en la Comunidad</i>				
		c) Debido a (o como consecuencia de)					
		d) Debido a (o como consecuencia de)					
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo					
		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 estuve 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 type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
		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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 3 Área deportiva (vía pública) <input type="radio"/> 4 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad			
		22.7.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="radio"/>	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
		22.7.7 Código Postal <i>77000</i>	22.7.8 Localidad <i>Cerro</i>	22.7.9 Municipio o delegación <i>Cerro</i>	22.7.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>		
		23. NOMBRE <i>Mari Ángeles</i>	Primer Apellido <i>Hernández</i> Segundo Apellido <i>Elena</i>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Madre</i>			
		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 type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <i>9731998</i>			
		27. NOMBRE <i>Sergio Ángel</i>	Primer Apellido <i>Oribiela</i> Segundo Apellido <i>Amparo</i>	28. FIRMA <i>García</i>			
		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Número del asentamiento humano <i>22 de Mayo</i>	29.2 Código Postal <i>77000</i>	29.3 Número de la vialidad <i>Calle 11</i>	29.4 Número interior <i>1111</i>	29.5 Tipo de asentamiento humano	
		29.6 Número del municipio o delegación <i>San Luis Potosí</i>	29.7 Localidad <i>Cerro</i>	29.8 Municipio o delegación <i>Cerro</i>	29.11 Teléfono <i>01 722 1111 1111</i>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año <i>15 12 2018</i>	
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <i>San Luis Potosí</i>	32.2 Municipio o delegación <i>San Luis Potosí</i>	32.3 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	32.4 Día <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año	
		31.1 Acta Número _____					

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

180659398

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES