



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180659622

*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 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

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Graciela Villanueva Estrada</i></p> <p>Nombre(s) <i>Graciela</i> Primer Apellido <i>Villanueva</i> Segundo Apellido <i>Estrada</i></p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <i>11/11/1951</i></p> <p>Día Mes Año</p> <p>3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i></p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <i>1841071119514</i></p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <i>1841071119514</i></p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</p> <p>8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/></p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>Av. Lázaro Cárdenas Zimapán</i></p> <p>10.1 Tipo de vialidad <i>Zapata</i> 10.2 Nombre de la vialidad <i>Zapata</i></p> <p>10.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 10.4 Núm. Interior <i>Numeros 1100</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Habitación</i></p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Enano</i></p> <p>10.7 Código Postal <i>37100</i> 10.8 Localidad <i>Enano</i> 10.9 Municipio o delegación <i>Zimapán</i></p> <p>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i></p> <p>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"/> 9</p> <p>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Enfermera</i> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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"/> 9</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación <i>131100000000000000</i></p> <p>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 Hospital General Río Verde</p> <p>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</p> <p>14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General Río Verde</i> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <i>131100000000000000</i></p> <p>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Calle 6000 y Carrera 1000</i></p> <p>15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i> 15.2 Nombre de la vialidad <i>Calle 6000 y Carrera 1000</i></p> <p>15.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 15.4 Núm. Interior <i>Río Verde</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Habitación</i></p> <p>15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Río Verde</i></p> <p>15.7 Código Postal <i>37100</i> 15.8 Localidad <i>Río Verde</i> 15.9 Municipio o delegación <i>Zimapán</i></p> <p>15.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i></p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>30/11/2011 11:16:00</i></p> <p>Día Mes Año Horas Minutos</p> <p>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</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) <i>Coágulos Septicos</i></p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) <i>Falla Orgánica Multipe</i></p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) <i>Septicemia (septicemia)</i></p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) <i>Neuropatia atrofico intumesciente</i></p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>1 dia</i></p> <p>Usa exclusivo del personal codificador Código CIE</p> <p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p>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</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>Uso exclusivo del personal codificador</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra)</p> <p>Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) (vía pública)</p> <p>Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5</p> <p>Área industrial <input type="radio"/> 6 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 22.7.4 Núm. Interior <i>Gabriela Michelle Aguilar Butamante</i></p> <p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal <i>37100</i> 22.7.8 Localidad <i>Zimapán</i> 22.7.9 Municipio o delegación <i>Zimapán</i></p> <p>22.7.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i></p> <p>23. NOMBRE <i>Gabriela Michelle Aguilar Butamante</i></p> <p>NOMBRE(S) <i>Gabriela</i> PRIMER APELLIDO <i>Michelle Aguilar</i> SEGUNDO APELLIDO <i>Butamante</i></p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Mujer</i></p> <p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p>									
DEL INF.											

59622