Modelo 2017.1

FOLIO 190676026

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

356-217

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Juliana (Nombre(s)) Guzman (Primer Apellido) Ortiz (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 16 02 1965 (Día Mes Año)

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: GUOJ650216MSPZRL05 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique Se ignora ○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 54 Años cumplidos; Se ignora ○9

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: Separado(a) ○6 Viudo(a) ●2 Casado(a) ○5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vialidad: Calle; 10.2 Nombre de la vialidad: José María Morelos; 10.3 Núm. Exterior: 13; 10.4 Núm. Interior; 10.5 Tipo de asentamiento humano: Comunidad; 10.6 Nombre del asentamiento humano: Tuc; 10.7 Código Postal; 10.8 Localidad; 10.9 Municipio o delegación: San Antonio; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ●3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ●2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de casa; 12.1 Trabaja actualmente: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ●7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 49109663600

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Valles

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SSSLP000035

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Carretera; 15.2 Nombre de la vialidad: Tuxpan-Tampico; 15.3 Núm. Exterior: km; 15.4 Núm. Interior; 15.5 Tipo de asentamiento humano; 15.6 Nombre del asentamiento humano; 15.7 Código Postal; 15.8 Localidad; 15.9 Municipio o delegación: Ciudad Valles; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 03 05 2019 (Día Mes Año) 15 (Horas) 05 (Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - el emplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia cardiogenica
Debido a (o como consecuencia de)
b) Neumonia
Debido a (o como consecuencia de)
c) Choque
Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: a) 24 horas; b) 4 dias; c)

Uso exclusivo del personal codificador. Código CIE

PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes Mellitus tipo 2

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 42 días a un año después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador. 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Area deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Area comercial o de servicio ○5 Area industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○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, circunstancias 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; 22.7.4 Núm. Interior; 22.7.5 Tipo de asentamiento humano; 22.7.6 Nombre del asentamiento humano; 22.7.7 Código Postal; 22.7.8 Localidad; 22.7.9 Municipio o delegación; 22.7.10 Entidad federativa

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P

DEL INF.

23. NOMBRE: Teofilo (Nombre(s)) Santiago (Primer Apellido) Guzman (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ●1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 6525503

27. NOMBRE: Blanca Ruth (Nombre(s)) Hernandez (Primer Apellido) Ortiz (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Carretera; 29.2 Nombre de la vialidad: Tuxpan-Tampico; 29.3 Núm. Exterior: km; 29.4 Núm. Interior; 29.5 Tipo de asentamiento humano: Ejido; 29.6 Nombre del asentamiento humano; 29.7 Código Postal; 29.8 Localidad: Ciudad Valles; 29.9 Municipio o delegación; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí; 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 03 05 2019 (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. Libro Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad

190676026

Distribución gratuita y prohibida la venta