



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190676050

*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 SUJITOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Reoran Vacado Hernandez Sanchez	
2. FECHA DE NACIMIENTO 11/04/2019	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO S.L.P.	
5. CURP SMC190411H0001	
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: 41 Horas: 11 Para menores de un día: 41 Para menores de un mes: 11 Para menores de un año: 41 Para personas de un año o más: 41 Especifique: 41	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 4 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Rancho 10.1 Tipo de vialidad: Carretera 10.2 Nombre de la vialidad: Quilicán 10.3 Núm. Exterior: 13 10.4 Núm. Interior: 13 10.5 Tipo de asentamiento humano: Corcatlan 10.6 Nombre del asentamiento humano: S.L.P. 10.7 Código Postal: 24040 10.8 Localidad: Corcatlan 10.9 Municipio o delegación: S.L.P. 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P.	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 4 Tercera <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 6 Profesional <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: 2404016499-8 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"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 IMSS <input checked="" type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 6 OMS <input type="radio"/> 7 OMS PROSPERA <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 5 ISSSTE <input type="radio"/> 6 OMS <input type="radio"/> 7 OMS PROSPERA <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: Carretera 15.2 Nombre de la vialidad: Quilicán 15.3 Núm. Exterior: 13 15.4 Núm. Interior: 13 15.5 Tipo de asentamiento humano: Corcatlan 15.6 Nombre del asentamiento humano: S.L.P. 15.7 Código Postal: 24040 15.8 Localidad: Corcatlan 15.9 Municipio o delegación: S.L.P. 15.10 Entidad federativa: S.L.P.	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/05/2019 19:00	
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 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) 24hrs b) Neumonía por Klebsiella Pneumoniae Debido a (o como consecuencia de) 24hrs c) Dificultad Respiratoria tipo 1 Debido a (o como consecuencia de) 4/días d) Prematuro Extrema 27 S.D.G. Debido a (o como consecuencia de) 7/días	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 24hrs	
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	
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"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 ¿La lesión ocurrió en un área industrial (taller, fábrica u obra)? <input type="radio"/> 1 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 107/19921 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: SERVICIO DE SALUD DE SAN JUAN POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD VALLES, S.L.P.	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: Carretera 22.7.2 Nombre de la vialidad: Quilicán 22.7.3 Núm. Exterior: 13 22.7.4 Núm. Interior: 13 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Corcatlan 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: S.L.P. 22.7.7 Código Postal: 24040 22.7.8 Localidad: Corcatlan 22.7.9 Municipio o delegación: S.L.P. 22.7.10 Entidad federativa: S.L.P.	
23. NOMBRE Nombre(s): Reoran Vacado Hernandez Sanchez Primer Apellido: Hernandez Segundo Apellido: Sanchez	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Abuelo	
25. CERTIFICADO POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 10719921	
27. NOMBRE Nombre(s): Reoran Vacado Hernandez Sanchez Primer Apellido: Hernandez Segundo Apellido: Sanchez	
28. FIRMA Reoran Vacado Hernandez Sanchez	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: Carretera 29.2 Nombre de la vialidad: Quilicán 29.3 Núm. Exterior: 13 29.4 Núm. Interior: 13 29.5 Tipo de asentamiento humano: Corcatlan 29.6 Nombre del asentamiento humano: S.L.P. 29.7 Código Postal: 24040 29.8 Localidad: Corcatlan 29.9 Municipio o delegación: S.L.P. 29.10 Entidad federativa: S.L.P. 29.11 Teléfono: 2404016499	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/05/2019	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 13	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Corcatlan	



190676050