



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190676050

DE FALLECIDO		RECORDED Nacido Hernandez Sanchez											
		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		S. C. P.		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
Día Mes Año		<input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora		<input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		S. C. P.		<input type="radio"/> Mexican(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra		<input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99			
6. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más			
Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos		<input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99			
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		10. RESIDENCIA HABITUAL			
								<input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Calle Rancho Coxcatlán		10.1 Tipo de vialidad	
										10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	
										10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
										10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
										10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		<input type="radio"/> Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato preparatoria		<input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado		<input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		<input type="radio"/> La escolaridad seleccionada es: <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
										<input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		<input type="radio"/> Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA	
										14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
										14.1 Nombre de la unidad médica		15.1 Tipo de vialidad	
										14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.2 Nombre de la vialidad	
										15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
										15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
								<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
		a) <i>Choque Septico</i> Debido a (o como consecuencia de)											
		b) <i>Neumonía por Klebsiella Rhemomai</i> Debido a (o como consecuencia de)											
		c) <i>Dificultad Respiratoria tipo 1</i> Debido a (o como consecuencia de)											
		d) <i>Prematuro Ex tremis 27 SDG.</i>											
		19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo											
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte											
		20.1 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?											
		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?											
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE											
		21.5 El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora											
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE											
		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?											
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE											
		22.5 Vivienda particular <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora											
		22.6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora											
		22.7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora											
		22.8 Oficina u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora											
		22.9 Oficina u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora											
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											
23. NOMBRE		22.7.8 Localidad											
		22.7.9 Municipio o delegación											
		22.7.10 Entidad federativa											
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		24.1 Número de la cédula profesional											
		24.2 Firma											
25. CERTIFICADA POR		25.1 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE											
		25.2 Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> *Especifique											
		25.3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Número de la cédula profesional											
27. NOMBRE		27.1 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE											
		27.2 Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido											
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE											
		29.2 Nombre de la vialidad											
		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior											
		29.5 Tipo de asentamiento humano											
		29.6 Nombre del asentamiento humano											
		29.7 Código Postal											
		29.8 Localidad											
		29.9 Municipio o delegación											
		29.10 Entidad federativa											
		29.11 Teléfono											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		31.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO											
		31.3 Localidad											
REG. IVIL		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
		Día Mes Año											

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

190676050

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

*POBLACIONES DE VALLES*