Modelo 2017.1

FOLIO 190676534

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Angel (Nombre(s)) Santiago (Primer Apellido) Martinez (Segundo Apellido) 356-313

2. FECHA DE NACIMIENTO 05 09 2018 (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 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 01 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: Fraccionamiento
10.2 Nombre de la vialidad: Tamaulipas
10.3 Núm. Exterior: 03
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Barrio
10.6 Nombre del asentamiento humano: Las Pozas
10.7 Código Postal: 79180
10.8 Localidad: Las Pozas
10.9 Municipio o delegación: Tamanhuitz
10.10 Entidad federativa o país (si residia 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 Se ignora (99)
12.1 Trabajaba Sí (1) No (2) Se ignora (9)

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: 2414171231

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 de Valles
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SSA000315

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera
15.2 Nombre de la vialidad: Mexico Tuxpan
15.3 Núm. Exterior: Km 7
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
15.6 Nombre del asentamiento humano: Oxipa
15.7 Código Postal: 79990
15.8 Localidad: Ciudad Valles
15.9 Municipio o delegación: Tamuin
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13 07 2019 (Día Mes Año) 06:50 (Horas 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 - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Neumonia	4 dias	
	Debido a (o como consecuencia de) Cardiopatia Congenita Acianogena		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Cardiopatia congenita acianogena	1 año 3 meses	
	Debido a (o como consecuencia de) Sx Down		
	c) Sx Down	1 año 3 meses	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 (1) El parto (2) El puerperio (3) 43 días a 11 meses 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) Área deportiva (3) Calle o carretera (vía pública) (4) Área comercial o de servicio (5) Área industrial (taller, fábrica u obra) (6) Granja (rancho o parcela) (7) Otro (8) Se ignora (9)
22.4 Anote la relación que tenia 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
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

Distribución y expedición gratuita