



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190677076

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

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DE FALLECIDO(S) <u>Santa</u> Nombre(s) <u>Fernando</u> Primer Apellido <u>De la Cruz</u> Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>06/12/1969</u> Día Mes Año</p> <p>3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Veracruz</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <u>FCASIL061206V2R2N06</u> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<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: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):</p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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) <u>SIN</u></p> <p>10.1 Tipo de vialidad <u>Salle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Ciudad Valles</u></p> <p>10.3 Núm. Exterior <u>104</u> 10.4 Núm. Interior <u>Nuevo Ayotlaco</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Axtla de Tezaco</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u></p> <p>10.7 Código Postal <u>2402111867</u> 10.8 Localidad <u>10.9 Municipio o delegación <u>2402111867</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u></p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<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"/> 99</p> <p>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<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"/> 99</p> <p>13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2402111867</u></p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9</p> <p>14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Ciudad Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2402111867</u></p> <p>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Mexico Laredo Sur Est Ayuntamiento</u></p> <p>15.1 Tipo de vialidad <u>avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Oxipuri</u></p> <p>15.3 Núm. Exterior <u>104</u> 15.4 Núm. Interior <u>Ciudad Valles</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Unidad habitacional</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u></p> <p>15.7 Código Postal <u>2402111867</u> 15.8 Localidad <u>2402111867</u> 15.9 Municipio o delegación <u>2402111867</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u></p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/12/2011 00:00:00</u></p> <p>16.1 Dia <u>12</u> 16.2 Mes <u>12</u> 16.3 Año <u>2011</u> 16.4 Horas <u>00</u> 16.5 Minutos <u>00</u></p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<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 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Causas antece lentes Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>b) Causas anteces lentes Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>c) Causas anteces lentes Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>d) Causas anteces lentes Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 días</u></p> <p>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4 43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 4 o aborto <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>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</p> <p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input checked="" type="radio"/> 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 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (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(a) fallecido(a)</p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u></p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>22.7.1 Tipo de vialidad</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior <u>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano</u></p> <p>22.7.7 Código Postal <u>22.7.8 Localidad <u>22.7.9 Municipio o delegación <u>22.7.10 Entidad federativa</u></u></u></p>									
DEL CERTIFICANTE		<p>23. NOMBRE <u>Alvarado</u> Primer Apellido <u>Hernández</u> Segundo Apellido <u>Fernandez</u></p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u></p>									
DEL REG. CIVIL		<p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique Número de la cédula profesional</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1501483</u> Número de la cédula profesional</p>									
DEL CERTIFICANTE		<p>27. NOMBRE <u>Alvarado</u> Primer Apellido <u>Hernández</u> Segundo Apellido <u>Fernandez</u></p> <p>28. FIRMA <u>Alvarado Hernandez</u></p>									
DEL CERTIFICANTE		<p>29. DOMICILIO / TELÉFONO <u>Ciudad Valles</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Ciudad Valles</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Ciudad Valles</u> 29.3 Núm. Exterior <u>Ciudad Valles</u> 29.4 Núm. Interior <u>Ciudad Valles</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 29.7 Código Postal <u>2402111867</u> 29.8 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Ciudad Valles</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>1501483</u></p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/12/2011</u> Dia Mes Año</p>									
DEL REG. CIVIL		<p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIAJAL O JUZGADO Núm. <u>1501483</u>, Libro Núm. <u>1501483</u></p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Ciudad Valles</u> 32.2 Municipio o delegación <u>Ciudad Valles</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día Mes Año</p> <p>31.1 Acta Núm. <u>1501483</u></p>									

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

190677076