



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190677223

356-440

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>José</u> Primer Apellido <u>Rosendo</u> Segundo Apellido <u>Santiago</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>1987</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>BJES010871207HSPSIN504</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>03</u> Para menores de un día: Horas <u>11</u> Para menores de un mes: Días <u>11</u> Para menores de un año: Meses <u>03</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>31</u>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Santa Monica</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>SIN</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Santa Monica</u> 10.3 Núm. Exterior <u>107</u> 10.4 Núm. Interior <u>107</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>64000</u> 10.8 Localidad <u>Xilitla</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Xilitla</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Ciudad Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2419065380</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Calle Santa Monica</u> 15.3 Núm. Exterior <u>107</u> 15.4 Núm. Interior <u>107</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>64000</u> 15.8 Localidad <u>Xilitla</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Xilitla</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>2019</u> Horas <u>08</u> Minutos <u>00</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infarto agudo de miocardio</u> b) <u>Intoxicación por uso de medicamentos</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>12</u>		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el fallecido(a) <u>Hermano</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>12</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Debido a un infarto agudo de miocardio</u> 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>Calle Santa Monica</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>SIN</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Santa Monica</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>107</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>107</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>64000</u> 22.7.8 Localidad <u>Xilitla</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>Xilitla</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>José</u> Primer Apellido <u>Rosendo</u> Segundo Apellido <u>Santiago</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1370813</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>José</u> Primer Apellido <u>Rosendo</u> Segundo Apellido <u>Santiago</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Calle Santa Monica</u> 29.3 Núm. Exterior <u>107</u> 29.4 Núm. Interior <u>107</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Urbanización</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>64000</u> 29.8 Localidad <u>Xilitla</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Xilitla</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>64000</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>2019</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>107</u> , Libro Núm. <u>107</u> 31.1 Acta Núm. <u>107</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Xilitla</u> 32.2 Municipio o delegación <u>Xilitla</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>01</u> Mes <u>12</u> Año <u>2019</u>		33. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD			