



EUGENIA
HERNANDEZ
SANTIAGO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

190677369

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		13 07 1985		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		HES E850713NSPUNY06		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. 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	Especifique
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		103 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11		Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano				
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. TUMULACIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. SE PRACTICÓ NEUROPSÍAS?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	
Día Mes Año		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
						Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
						a) Debido a (o como consecuencia de)	
						b) Debido a (o como consecuencia de)	
						c) Debido a (o como consecuencia de)	
						d) Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con el enferme- dad o estado morbosos que la produjeron		Ins. Resp. Aguda		Neumonía grave		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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?		20. CÁUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo del personal codificador	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P.	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P.		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.3 Núm. Exterior		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.4 Núm. Interior	
		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.5 Tipo de asentamiento humano	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		31.1 Acta Núm.		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	

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

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

190677369

DEL REG. CIVIL

MUERTE ACCIDENTAL
Y VIOLENTA

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL DIF.