

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190677444

356-515

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

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Karen</u>		Primer Apellido <u>Bernard</u>		Segundo Apellido <u>Dominguez</u>	
		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
		Día <u>14</u> Mes <u>10</u> Año <u>2019</u>		Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
		5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Se ignora ☐ 99		Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		Mexicana ☐ 1 Otra ☒ 2 → Especifique			
		8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
		Para menores de una hora: Minutos		Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
		Para menores de un día: Horas		En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9		10.1 Tipo de vialidad			
		Para menores de un mes: Días				10.2 Nombre de la vialidad			
		Para menores de un año: Meses				10.3 Núm. Exterior			
		Para personas de un año o más: Años cumplidos				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			
		Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5		Completa ☐ 1 Incompleta ☐ 2		Se ignora ☐ 99			
		Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99				12.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9			
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
		Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8		2410801378					
		IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99							
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
		Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7		Hospital General de Ciudad Valles		Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12			
		IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		SP015A0101C3516		Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99			
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano			
		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.6 Nombre del asentamiento humano			
		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa					
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?			
		Día <u>22</u> Mes <u>11</u> Año <u>2019</u> Horas <u>09</u> Minutos <u>07</u>		Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		Sí ☐ 1 No ☒ 2			
		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador			
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE					
		a) <u>Falla multiorgánica</u>		1 mes					
		b) <u>Choque séptico</u>		1 semana					
		c) <u>Sepsis tardía</u>		1 mes					
		d) <u>Neumonía nosocomial</u>		1 mes					
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		39 días					
		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?		Uso exclusivo del personal codificador	
		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí ☐ 1 No ☒ 2		Sí ☐ 1 No ☒ 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
		El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3						Código CIE	
		43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5							
		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) fallecido(a)			
		22.1 Fue un presunto		Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3					
		Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2		Calle o carretera (vía pública) ☐ 4					
		Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9		Área comercial o de servicio ☐ 5					
		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Se ignora ☐ 9					
		Sí ☐ 1 No ☒ 2							
		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 federativa	
		23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
		Nombre(s) <u>Esmeralda</u>		Primer Apellido <u>Bernardo</u>		Segundo Apellido <u>Dominguez</u>			
		25. CERTIFICANTE		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
		Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☐ 3		Número de la cédula profesional		6982781			
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 8		*Especifique					
		27. NOMBRE		28. FIRMA					
		Nombre(s) <u>Leticia</u>		Primer Apellido <u>Olavin</u>		Segundo Apellido <u>Mexicanita</u>			
		29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		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		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día <u>22</u> Mes <u>11</u> Año <u>2019</u>	
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
		Núm. <u> </u> , Libro Núm. <u> </u>		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
		31.1 Acta Núm. <u> </u>		32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	

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