



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

190681134

1030

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ismael</u> Primer Apellido <u>Hernández</u> Segundo Apellido <u>Hernández</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>05</u> Año <u>1956</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>H441560513MSPNDS00</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
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: Años cumplidos <u>064</u> Se ignora <input type="radio"/>		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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Lazero</u> 10.3 Núm. Exterior <u>18</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Localidad</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ahuehuevo</u> 10.7 Código Postal <u>79900</u> 10.8 Localidad <u>Ahuehuevo</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 type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajador</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>0715 87 7193 4M 19560</u>		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>		Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Lazero</u> 15.3 Núm. Exterior <u>18</u> 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Localidad</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Ahuehuevo</u> 15.7 Código Postal <u>79900</u> 15.8 Localidad <u>Ahuehuevo</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Xilitla</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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>Síndrome respiratorio agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Neumonía adquirida en la comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) <u>Tuberculosis pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 hora 7 días 1 año 5 años		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____	
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"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía 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 federativa _____			
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Denise</u> Primer Apellido <u>Hernández</u> Segundo Apellido <u>Hernández</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Mujer</u>		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
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 checked="" type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		*Especifique _____		Se ignora <input type="radio"/>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Ugo</u> <u>Emilio</u> Primer Apellido <u>Torres</u> Segundo Apellido <u>Abalho</u>		28. FIRMA 		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Mexro Lado Km 211 3/N</u> 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rancho Nuevo</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Rancho Nuevo</u> 29.7 Código Postal <u>79900</u> 29.8 Localidad <u>Rancho Nuevo</u> 29.9 Municipio o delegación <u>Axtle de Terceño</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>06</u> Mes <u>10</u> Año <u>2020</u>		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	

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

Yo recibí original Denise Hernández Hernández 06-10-2020

