



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

190681207

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Homeru Balderras | | Viggiano | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Otra | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | |
| 5. CURP BAVN1600531HSIPLSM07 | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra | | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/> Otra → Especifique | |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos | | Para menores de un día Horas | | Para menores de un mes Días | |
| Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | 10.1 Tipo de vialidad Calle | | 10.2 Nombre de la vialidad Río Mortezuma | |
| 10.3 Núm. Exterior 7910518 | | 10.4 Núm. Interior Ciudad Valles | | 10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles | |
| 10.7 Código Postal 106012020 | | 10.8 Localidad Ciudad Valles | | 10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí | |
| 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 | | 13.2.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación 2414185347 | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 | | 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Ciudad Valles | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 1 Ciudad Valles | | 15.1 Tipo de vialidad Carretera | | 15.2 Nombre de la vialidad Oxítope | |
| 15.3 Núm. Exterior 79090 | | 15.4 Núm. Interior Ciudad Valles | | 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles | |
| 15.7 Código Postal 106012020 | | 15.8 Localidad Ciudad Valles | | 15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí | |
| 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí | | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 06 01 2020 | | 16.1 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | | 18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbos que la produjeron | |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE Efecto | | 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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | |
| 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 | | 22.1 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. ESPECIFIQUE Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 22.3 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.4 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 2065 | |
| 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio Homicidio | | 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio Homicidio | | 22.8.1 Tipo de vialidad Carretera | |
| 22.7.3 Núm. Exterior 79090 | | 22.7.4 Núm. Interior Ciudad Valles | | 22.7.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles | |
| 22.7.7 Código Postal 106012020 | | 22.7.8 Localidad Ciudad Valles | | 22.7.9 Municipio o delegación Pozos | |
| 22.7.10 Entidad federativa San Luis Potosí | | 22.7.2 Nombre de la vialidad Oxítope | | 22.7.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles | |
| 23. NOMBRE Nombre(s) Horia Luisa Guillen | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) amiga | | 25. CERTIFICADA POR Méjico tratante <input checked="" 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 Otra* <input type="radio"/> 6 *Especifique | |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6525503 | | 27. NOMBRE Nombre(s) Blanca Ruth Hernandez Ortiz | | 28. FIRMA | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera México Laredo sur Km 1 Oxítope Ciudad Valles | | 29.1 Tipo de vialidad 79090 | | 29.2 Nombre de la vialidad Ciudad Valles | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles | | 29.7 Código Postal 106012020 | | 29.8 Localidad Pozos | |
| 29.9 Municipio o delegación Ciudad Valles | | 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí | | 29.11 Teléfono 4813825170 | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Ciudad Valles | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 06 01 2020 | |
| 31.1 Acta Núm. _____ | | 32.2 Municipio o delegación Ciudad Valles | | 32.3 Entidad federativa San Luis Potosí | |
| 32.4 Día Mes Año 32.4.1 06 01 2020 | | 32.4.2 06 01 2020 | | 32.4.3 06 01 2020 | |

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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARSES

190681207