

# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190681207

\*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Homero Beldezas Viggiano		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 31/05/1960		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí			
5. CURP BIAVH600531HSP46M07		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"/> Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: 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: 059		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Río Mortezuma, Fraccionamiento Norte, Residencial					
10.3 Núm. Exterior: 17901518		10.4 Núm. Interior:		10.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles		10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
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 Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" 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 Tratador <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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"/> 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: Hospital General de Ciudad Valles		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		14.3 Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.4 Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 7 Carretera Fraccionamiento Oxitipa		15.1 Tipo de vialidad:		15.2 Nombre de la vialidad:		15.3 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
15.3 Núm. Exterior: 17901910		15.4 Núm. Interior:		15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles		15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
15.7 Código Postal:		15.8 Localidad:		15.9 Municipio o delegación:		15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 06/01/2020 19:29		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 (Anoté 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) Disturbio respiratorio severo b) Tuberculosis pulmonar severa c) Debido a (o como consecuencia de): d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que le produjo: Diabetes Mellitus 2 Insuficiencia cardíaca		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 40 minutos 8 meses 8 meses 6 meses		Uso exclusivo del personal codificador 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 checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I26.0	
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 checked="" 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 Anoté el sitio donde ocurrió la lesión: Taller, fábrica u obra <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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: 17901910	
22.7.4 Núm. Interior:		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí		22.7.7 Código Postal:	
22.7.8 Localidad:		22.7.9 Municipio o delegación:		22.7.10 Entidad federativa:		22.8 Descripción de la lesión:	
23. NOMBRE María Luisa Guillen Pozos		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) amiga		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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"/> *Especifique			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6525503		27. NOMBRE Blanca Ruth Hernández Ortiz					
28. FIRMA		29. DOMICILIO y TELÉFONO Carretera México Laredo Sur Km 7 Fraccionamiento Oxitipa Ciudad Valles					
29.1 Tipo de vialidad:		29.2 Nombre de la vialidad:		29.3 Núm. Exterior: 17901910		29.4 Núm. Interior:	
29.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles		29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí		29.7 Código Postal:		29.8 Localidad:	
29.9 Municipio o delegación:		29.10 Entidad federativa:		29.11 Teléfono:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 06/01/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____					
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 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD