Modelo 2017.1

FOLIO 200630296

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Juana Francisca; Primer Apellido: García; Segundo Apellido: Cedillo

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 16 Mes 06 Año 1937

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: SLP (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: GACJ370616MSPRDN06 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique Se ignora

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 83 Años cumplidos Se ignora

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) ○6 Viudo(a) ●2 Casado(a) En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: calle
10.2 Nombre de la vialidad: Luis Vargas
10.3 Núm. Exterior: 318
10.4 Núm. Interior: S/N
10.5 Tipo de asentamiento humano: colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: La Milpa
10.7 Código Postal:
10.8 Localidad: Matehuala
10.9 Municipio o Alcaldía: Matehuala
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extra: SLP

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ●3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ●2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Ama de Casa Se ignora
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ●7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar Hogar ○11 Se ignora
14.1 Nombre de la unidad médica: HG Matehuala
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera
15.2 Nombre de la vialidad: a la Paz Km 3
15.3 Núm. Exterior: 601
15.4 Núm. Interior: sn
15.5 Tipo de asentamiento humano: colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Betania
15.7 Código Postal:
15.8 Localidad: matehuala
15.9 Municipio o Alcaldía: Matehuala
15.10 Entidad federativa: SLP.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 22 Mes 07 Año 2020 Horas 22 Minutos 55

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPS Sí ○1 No ●2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo personal codi Código C
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Paro cardiorrespiratorio	7 min.	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de) b) Insuficiencia coronaria Aguda	1d	
	Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonía atípica	1d	
	Debido a (o como consecuencia de) d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Hipertensión Arterial Sistemica	2a	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codific
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNC Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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 Alcaldía
22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Paulo; Primer Apellido: García; Segundo Apellido: Luna

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Sobrino.

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ●1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 9402016

27. NOMBRE: Nombre(s): Iner; Primer Apellido: Sanchez; Segundo Apellido: Carbajal

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera
29.2 Nombre de la vialidad: a la Paz Km 3
29.3 Núm. Exterior: 601
29.4 Núm. Interior: s/n
29.5 Tipo de asentami humano: colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Betania
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: Matehuala
29.9 Municipio o Alcaldía: Matehuala
29.10 Entidad federativa: SLP
29.11 Teléfono: 5551383721 7

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 22 Mes 07 Año 202

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

200630296

Versión pública