



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO
REEDS00000000

200633660

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	PEDRO HERNANDEZ ALVAREZ								
	Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO	29 06 1930	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO						
Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)						
5. CURP	HEAP200629HSPRLD09								
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 99						
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				
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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99				
10. RESIDENCIA HABITUAL	Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano				
MOJARES DE ARRIBA			CO FERNANDEZ						
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	JOKNERO		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5	SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6	Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	HOSPITAL GENERAL DE RIO VERDE					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano					
SLN	79610		RIO VERDE	RIO VERDE					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)	DENGUE GRAVE			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
PARTE I	Causas antecedentes			SOPSSA0000945			Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			15.1 Nombre de la vialidad			15.2 Nombre de la vialidad		
a)	Debido a (o como consecuencia de)			CALLE			CENTRO		
b)	Debido a (o como consecuencia de)			15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior		
c)	Debido a (o como consecuencia de)			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano		
d)				15.7 Código Postal			15.8 Localidad		
15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa								
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	Código CIE								
HIERTIGENSIÓN ARTERIAL			5 DIAS						
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?			21.4 Uso exclusivo del personal codificador		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21.2.1 Uso exclusivo del personal codificador	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN								
20. Código CIE									
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 accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Si <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3 No <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6					
Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7					
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8					
				Se ignora <input type="radio"/> 9					
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				
23. NOMBRE	MARGARITA	HERNANDEZ	MARTINEZ	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	ESPOSA						
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
				80 56 185					
27. NOMBRE	GABRIEL MARTINEZ DE ANTON			28. FIRMA					
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO y TELÉFONO	CALLE CENTRO	ESQ SAN CARLOS DE ACOSTA SIN RIO VERDE	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
			79610			COLONIA			
29.6 Nombre del asentamiento humano	RIO VERDE	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.9 Municipio o Alcaldía	SAN LUIS POTOSI	4878729150			15 10 2020				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIAZIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			32.4 Uso exclusivo del personal codificador					
Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año			
31.1 Acta Núm.									

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^ª COPIA PARA INTEGRAR LA