



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	<i>Carmelo</i>		Primer Apellido	<i>BARCENA</i>		Segundo Apellido	<i>Rubio</i>						
	Nombre(s)													
2. FECHA DE NACIMIENTO	16 10 1954	Dia	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Pan Luis						
5. CURP				Se ignora <input type="radio"/> 99	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"/> →						
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	6 5	Se ignora <input type="radio"/>							
	Minutos	Horas	Días	Meses	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 type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>						
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					Calle ANGEL MARTINEZ	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad						
10.3 Núm. Exterior	1623	H2-2	10.4 Núm. Interior	co valles	10.5 Tipo de asentamiento humano	FRACCIONAMIENTO	MILANVILLAS	10.6 Nombre del asentamiento humano						
10.7 Código Postal			10.8 Localidad	co valles	10.9 Municipio o Alcaldía	ca valles	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosí						
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Diseñador <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99				
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99					12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	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						
IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 8	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10				Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12					
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	14.1 Nombre de la unidad médica	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	1623	H2-2	15.3 Núm. Exterior	co valles	15.1 Tipo de vialidad	FRACCIONAMIENTO	15.5 Tipo de asentamiento humano	ANGEL MARTINEZ	15.6 Nombre del asentamiento humano	MILANVILLAS				
15.4 Núm. Interior			15.7 Código Postal		15.8 Localidad	co valles	15.9 Municipio o Alcaldía	ca valles	15.10 Entidad federativa	San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	21 10 52 2020	16 23 00	Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2
19. 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										Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
a)	<i>VTH</i>										Debido a (o como consecuencia de)			
b)	<i>Autonervosis</i>										Debido a (o como consecuencia de)			
c)											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 morbo que la produjo														
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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2					
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5									Uso exclusivo del personal codificador 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 Fué un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6									
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	(taller, fábrica u obra)									
		No <input type="radio"/> 2	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7									
		Se ignora <input type="radio"/> 9			Otro <input type="radio"/> 8									
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	
													22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía												
23. NOMBRE	<i>Juan</i>										24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	<i>Hijo</i>		
Nombre(s)	Primer Apellido										Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO													
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	Número de la cédula profesional											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	27. FIRMA											
*Especifique										<i>Juan</i>				
27. NOMBRE	<i>Ja Saie</i>										28. FIRMA	<i>Juan</i>		
Nombre(s)	Primer Apellido										Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO	<i>Pediferico Islamismo Poniente K2-5</i>										30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	<i>21 05 2020</i>		
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano										
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad												
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono												
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO										Día	Mes	Año	
	<i>Zamales SLP 25 Mayo</i>										<i>2020</i>			