



41.8869.4000

ZIFIKOR

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO H62C6-325

200635339

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) | | Apellido | | Apellido | |
| Nombre(s) | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 3. SEXO | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | |
| Día Mes Año | | Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | San Luis Potosí | |
| | | | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | |
| 5. CURP | | 6. J HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 7. NACIONALIDAD | |
| 00011A76111051NSPRRJY07 | | Se ignora <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> → Específico | |
| | | | | | |
| 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: | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | |
| 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | | | | |
| | | | | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | 10.1 Tipo de vialidad | | 10.2 Nombre de la vialidad | |
| Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) | | Colonia | | Plaza Nuevo | |
| 10.3 Núm. Exterior | | 10.4 Núm. Interior | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | |
| 71912071 | | | | Tlalnepantla | |
| | | | | | |
| 10.7 Código Postal | | 10.8 Localidad | | 10.9 Municipio o Alcaldía | |
| | | | | | |
| 11. ESCOLARIDAD | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | |
| Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> | | Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> | | Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> | |
| | | | | Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| | | | | Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> | |
| | | | | | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> | | ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> | | SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> | |
| | | | | Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> | |
| | | | | Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| | | | | | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 14.1 Nombre de la unidad médica | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> | | Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> | | Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> | |
| | | | | Unidad médica privada <input type="radio"/> | |
| | | | | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 15.1 Tipo de vialidad | | 15.2 Nombre de la vialidad | |
| 914 | | Fraccionamiento | | 91 de Enero | |
| | | | | | |
| 15.3 Núm. Exterior | | 15.4 Núm. Interior | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | |
| 71910001 | | | | Ciudad Valles | |
| | | | | | |
| 15.7 Código Postal | | 15.8 Localidad | | 15.9 Municipio o Alcaldía | |
| | | | | | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | |
| 11 8 0 7 2 0 2 0 1 1 0 5 2 | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| | | | | | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) | | 14.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | | 14.4 Código CIE | |
| PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | a) Insuficiencia respiratoria | | 24 horas | |
| | | Debido a (o como consecuencia de) | | | |
| Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | b) Neumonía | | 48 horas | |
| | | Debido a (o como consecuencia de) | | | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo | | c) | | | |
| | | d) | | | |
| 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? | |
| 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| | | | | | |
| 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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | | | | | |
| | | | | | |
| 22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) | |
| 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> | | Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> | | Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área deportiva (vía pública) <input type="radio"/> Granja (<input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> | |
| | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | | | |
| | | | | | |
| 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 | |
| | | | | | |
| 22.7.7 Código Postal | | 22.7.8 Localidad | | 22.7.9 Municipio o Alcaldía | |
| | | | | | |
| 23. NOMBRE | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN | |
| SILVIA LUIS | | RUIZ | | Rodríguez | |
| | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| | | | | | |
| 25. CERTIFICADA POR | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN | |
| Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> De Ciudadrián | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> *Especifique | | 7702242 | |
| | | | | | |
| Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Gómez | | | | | |
| | | | | | |
| 27. NOMBRE | | 28. FIRMA | | | |
| Yuridia Hernandez | | López | | | |
| | | Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| | | | | | |
| 29. DOMICILIO Y TELEFONO | | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | 20. FECHA DE CERTIFICACIÓN | |
| 19 de Enero | | 29.1 Tipo de vialidad | | 11 8 0 7 2 0 2 0 | |
| | | | | | |
| Ciudad Valles | | 29.2 Nombre de la vialidad | | | |
| | | | | | |
| 29.9 Municipio o Alcaldía | | 29.8 Localidad | | | |
| | | | | | |
| 31.1 Acta Núm. | | 29.10 Entidad federativa | | | |
| | | | | | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | 29.11 Teléfono | | | |
| | | | | | |
| Núm. _____, Libro Núm. _____ | | | | | |
| | | | | | |
| 31.1 Acta Núm. | | 32.2 Municipio o Alcaldía | | 32.3 Entidad federativa | |
| | | | | | |
| 31.2 Localidad | | | | | |
| | | | | | |
| 31.3 Municipio o Alcaldía | | | | | |
| | | | | | |
| 31.4 Entidad federativa | | | | | |
| | | | | | |
| 31.5 Día Mes Año | | | | | |
| | | | | | |
| 31.6 Telefono | | | | | |
| | | | | | |
| 31.7 Correo electrónico | | | | | |
| | | | | | |
| 31.8 Firma | | | | | |
| | | | | | |
| 31.9 Firmas de testigos | | | | | |
| | | | | | |
| 31.10 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.11 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.12 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.13 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.14 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.15 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.16 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.17 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.18 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.19 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.20 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.21 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.22 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.23 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.24 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.25 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.26 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.27 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.28 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.29 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.30 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.31 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.32 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.33 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.34 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.35 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.36 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.37 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.38 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.39 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.40 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.41 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.42 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.43 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.44 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.45 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.46 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.47 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.48 Firma de autoridad competente | | | | | |
| | | | | | |
| 31.49 Firma de autoridad competente | | | | | |