

41-65-45-1069  
5M1945 PESECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN C-12

Modelo 2017.1

FOLIO HGZ06-826

200635340

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

25  
Med.  
Int.

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN 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 REG. CIVIL	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Mano		Padilla	Hernandez	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
DEL CERTIFICANTE	2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	200635340		
	L 1 1 1 1 1 9 4 5 Día Mes Año	Hombr(O) Mujer(O) Se ignora(O)	San Luis Potosí	200635340		
	5. CURP			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	Se ignora(O)
	PLA1WMM415111211NSPDIRR011 Se ignora(O)			Si(O) No(O) Se ignora(O)	Mexicana(O) Otra(O)	→ Especifique
	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)(O) 6 En unión libre(O) 4	Viudo(a)(O) 2 Divorciado(a)(O) 3	Casado(a)(O) 5 Soltero(a)(O) 1 Se ignora(O)
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL	Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vivienda	10.2 Nombre de la vivienda	
	Colo	Miguel Hidalgo		5001	Zona Centro	
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano		
	791700	791700	Torre	Torre	Colo	
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa		
	11. ESCOLARIDAD					
	Ninguna(O) 1 Bachillerato o preparatoria(O) 7	Preescolar(O) 12 Profesional(O) 8	Primaria(O) 3 Posgrado(O) 10	Secundaria(O) 5 Se ignora(O) 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa(O) 1 Incompleta(O) 2 → Se ignora(O)
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	IMSS(O) 2 PROSPERA(O) 2	ISSSTE(O) 3 SEDENA(O) 6	SEDENA(O) 5 SEMAR(O) 6	Seguro Popular(O) 8 IMSS PROSPERA(O) 10 Se ignora(O) 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4165451069 51141546
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud IMSS(O) 3 PROSPERA(O) 2	PEMEX(O) 5 ISSSTE(O) 4	SEMAR(O) 7 Otra unidad pública(O) 8 Unidad médica privada(O) 9	14.1 Nombre de la unidad médica: Hacienda Universitaria de Zava	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Bruton		15.1 Tipo de vivienda	15.2 Nombre de la vivienda	
	914	Torre		19 de Enero	19 de Enero	
	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		
	791000	791000	Ciudad Valles	Ciudad Valles	San Luis Potosí	
	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN					
	11 8 0 7 2 0 2 0 1 2 3 3 8 Día Mes Año Horas Minutos	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si(O) 1 No(O) 2 Se ignora(O) 3	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si(O) 1 No(O) 2	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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					
	a)	Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 36 hrs Código CIE: J960
	b)	Neumonía Viral, no especificada Debido a (o como consecuencia de)				6 días J129
	c)	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 morbosco que la produjo					
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS					
	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:					
	El embarazo(O) 1 43 días o 11 meses después del parto(O) 4	El parto(O) 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte(O) 5	El puerperio(O) 3 5 días	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
	SI(O) 1 No(O) 2 Se ignora(O) 3	SI(O) 1 No(O) 2 Se ignora(O) 3	SI(O) 1 No(O) 2	SI(O) 1 No(O) 2	SI(O) 1 No(O) 2	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					
	22.1 Fue un presunto accidente(O) 1 Suicidio(O) 3 Se ignora(O) 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
	SI(O) 1 No(O) 2 Se ignora(O) 3	Vivienda particular(O) 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) (O) 1 Escuela u oficina (O) 2 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias trágicas en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	Área industrial (taller, fábrica u oficina)(O) 6 Calle o carretera (vía pública)(O) 4 Área deportiva (O) 3 Área comercial (O) 5 Otro(O) 6 Se ignora(O) 9			
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:					
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
	22.7.1 Tipo de vivienda	22.7.2 Nombre de la vivienda				
	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		
	22.7.8 Núm. Exterior 22.7.9 Núm. Interior	22.7.10 Entidad federativa				
DEL INF.	23. NOMBRE	Mano Arturo Padilla		Torre	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Mano		
	25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
	Médico tratante(O) 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud(O) 4	Médico legista(O) 2 Autoridad civil(O) 5	Otro médico(O) 3 Otro(O) 8	Duedur de Granda *Especifique	1979 285 Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE	Sofia Cecilia Cortes Hernandez		28. FIRMA		
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
	29. DOMICILIO y TELÉFONO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
	Bruton	Neiva Latorre		914	11 8 0 7 2 0 2 0 1 2 3 3 8 Día Mes Año	
	19 de Enero	791000	Ciudad Valles			
	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	
	Ciudad Valles	29.11 Teléfono				
	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
	29.11 Acta Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	
		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	
		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año	
		32.3 Entidad federativa				