

41.65.45.10691

5m1945 PE

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN C-12
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO 46206-826

200635340

029

25
Med.
Int.

*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



200635340

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Mano Nombre(s)		Padilla Primer Apellido		Hernandez Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 12/11/1945 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP PIAHN45111211HSDIRKIO11 Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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 74 Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Miguel Hidalgo 500 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda Zona Centro 10.3 Núm. Exterior: 17910101 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tancitaro 10.6 Nombre del asentamiento humano: Tancitaro 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: Tancitaro 10.9 Municipio o Alcaldía: Tancitaro 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante 12.1 Trabajaba: Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Boulevard 914 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda Tancitaro 15.3 Núm. Exterior: 7910101 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/8/2012 20:30 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía Viral, no especificada 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 patológico que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 36 hrs 6 días Código CIE J960 J129			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 11.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 11.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J129	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Se ignora <input type="radio"/>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7 Añote 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					
23. NOMBRE Mano Arce Nombre(s) Padilla Primer Apellido Torres Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Ducduc de gaudin Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1979 28 5 Número de la cédula profesional		28. FIRMA 2	
27. NOMBRE Scho Cesar Nombre(s) Cortes Primer Apellido Martinez Segundo Apellido		29. DOMICILIO Y TELEFONO Boulevard 29.1 Tipo de vivienda 19 de Enero 29.2 Nombre de la vivienda 17910101 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Ciudad Valles 29.6 Nombre del asentamiento humano: Ciudad Valles 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: Ciudad Valles 29.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/8/2012 20:30 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año			

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