Modelo 2017.1

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

FOLIO 200635469

*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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ramiro (Nombre(s)) Rubio (Primer Apellido) Resendiz (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO 16 11 1979 (Día Mes Año)

3. SEXO Hombre ○1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Cd. Valles S.L.P. (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD Mexicana ○1 Otra ○2 → Especifique Se ignora ○9

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 0 4 0 (Años cumplidos) Se ignora ○9

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) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ✓5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: 10.2 Nombre de la vialidad: Jesus Gonzalez Larraga
10.3 Núm. Exterior: 101 10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: 10.6 Nombre del asentamiento humano:
10.7 Código Postal: 79020 10.8 Localidad: Ciudad Valles 10.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ✓7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ✓1 Incompleta ○2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ✓1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ✓1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: Mecanico

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ✓1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Ciudad Valles
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: 15.2 Nombre de la vialidad: Carretera Mexico-Laredo Km 7 Sur
15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano:
15.7 Código Postal: 79090 15.8 Localidad: Ciudad Valles 15.9 Municipio o Alcaldía: Ciudad Valles 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19 09 2020 (Día Mes Año) 2200 (Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ○2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda	12 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) Neumonia	10 dias	
	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 morboso que la produjo	Diabetes mellitus tipo 2	15 años	

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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:

Instituto Mexicano del Seguro Social