Modelo 2017.1

FOLIO 200635475

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*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) Recien Nacido (Nombre(s)) Hernández (Primer Apellido) Santiago 356-292 (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO 24 07 2020 (Día Mes Año)

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

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí (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) 14 Para menores de un año (Meses) Para personas de un año o más (Años cumplidos) Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación: 27
8.3 Peso (gramos): 020

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: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: del Carmen
10.3 Núm. Exterior: 132
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
10.6 Nombre del asentamiento humano: Palma Sola
10.7 Código Postal:
10.8 Localidad: Cd. Valles
10.9 Municipio o Alcaldía: Cd. 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

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 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA000356

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

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 24 07 2020 (Día Mes Año) 06 50 (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) Choque Septico Irreversible	1 día	
	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 Asociada Ventilación mecánica	3 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Sepsis Temprana	10 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) Síndrome Membrana Hialina	14 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Prematuro 29 semanas Gestación	14 días	

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 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Escuela u oficina pública ○2 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

DEL INF.

23. NOMBRE Marisol (Nombre(s)) Hernández (Primer Apellido) Santiago (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ●1 Médico legista ○2 Otro médico* ○3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO CP 1229181 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE Pedro Rafael (Nombre(s)) García (Primer Apellido) Argüelles (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera
29.2 Nombre de la vialidad: México-Laredo Km 7
29.3 Núm. Exterior:
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa
29.7 Código Postal:
29.8 Localidad: Cd. Valles
29.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 24 07 2020 (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm._____, Libro Núm._____
31.1 Acta Núm.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad
32.2 Municipio o Alcaldía
32.3 Entidad federativa
32.4 Día Mes Año

200635475

SERVICIOS DE SALUD SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL

EJECUTIVO FEDERAL MÉXICO, D.F.