



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

FOLIO
200636064

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

| | |
|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Ma. de la Luz</u> Primer Apellido <u>Pineda</u> Segundo Apellido <u>Lopez</u> | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>9</u> Año <u>1957</u> | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Coahuila de Zaragoza</u> | |
| 5. CURP <u>PICL570214HJCI2P201</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>6</u> Para menores de un día: Horas <u>3</u> Para menores de un mes: Días <u>3</u> Para menores de un año: Meses <u>0</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>63</u> Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> <u>Calles lote 17</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Las fincas</u> 10.3 Núm. Exterior <u>147</u> 10.4 Núm. Interior <u>147</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>cd. Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>791252</u> 10.8 Localidad <u>cd. Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>cd. Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u> | |
| 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 | |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 12.2 Ocupación <u>Empleado</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de cd. Valles</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1401010101</u> 14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 14.4 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 15.3 Núm. Exterior <u>SIN</u> 15.4 Núm. Interior <u>1401010101</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>cd. Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>791252</u> 15.8 Localidad <u>cd. Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>cd. Valles</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>11</u> Mes <u>9</u> Año <u>2014</u> Horas <u>07</u> Minutos <u>45</u> | |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | |
| 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de diéresis isquémica aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumopatía viral por virus Coxsackie</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>17 horas</u> Código CIE <u>17 horas</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica Código CIE <u>21 días</u> Código CIE <u>70 años</u> | |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>17 horas</u> | |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>SIN</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1401010101</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>cd. Valles</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>791252</u> 22.7.8 Localidad <u>cd. Valles</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>cd. Valles</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> | |
| 23. NOMBRE Nombre(s) <u>Román</u> Primer Apellido <u>Jiménez</u> Segundo Apellido <u>Pineda</u> | |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u> | |
| 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 *Especifique <u>1194047</u> | |
| 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1194047</u> | |
| 27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jose</u> Primer Apellido <u>Morales</u> Segundo Apellido <u>Pineda</u> | |
| 28. FIRMA <u>[Firma]</u> | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior <u>SIN</u> 29.4 Núm. Interior <u>1401010101</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>cd. Valles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>791252</u> 29.8 Localidad <u>cd. Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>cd. Valles</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>1194047</u> | |
| 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>11</u> Mes <u>9</u> Año <u>2014</u> | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u> | |
| 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>cd. Valles</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>11</u> Mes <u>9</u> Año <u>2014</u> | |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD