



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.

FOLIO

200636455

620063645

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ezequiel Hernandez Carracho	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO 19052001 Dia Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP HECE010519HSRHMZAH		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → 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 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) SN		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad
10.3 Núm. Exterior 999010	10.4 Núm. Interior Poxtla	10.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla	10.6 Nombre del asentamiento humano S.L.P.
10.7 Código Postal 10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía Xilitla	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99
		Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2
12. OCUPACIÓN HABITUAL		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación Hospitl Rural H16 Axtla
		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
14. SÍTIODONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Colonia		14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 136		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad Libramiento al Cobach
15.3 Núm. Exterior 999301	15.4 Núm. Interior Axtla	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano Axtla de Tercios San Luis Potosí
15.7 Código Postal 15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía Axtla de Tercios	15.10 Entidad federativa San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 120220201720		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 min	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
a) Chocó Septico		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
b) Tercios			
c) Neumonía			
d) 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 morbo que la produjo		Parálisis Cerebral Infantil	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia y 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 Domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			