



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200637414

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Valentina P. ...		2. FECHA DE NACIMIENTO 21/05/1951		3. SEXO Mujer ☒		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSÍ			
5. CURP PEGV510521MSADILL094		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒		8. EDAD CUMPLIDA 068 años			
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒		10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: 10M3 CP. 10.2 Nombre de la vivienda: ...		11. ESCOLARIDAD Primaria ☒		12. OCUPACIÓN HABITUAL Sin ocupación ☒			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: ...		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20/08/2020 20:46			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ☒		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) CHOCUE SEPTICO b) NEUMONIA BACTERIANA c) ... d) ...		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: ...			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☒ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente ☒ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		23. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No ☒		24. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No ☒		25. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: ...	
26. ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: ...		27. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 27.1 Tipo de vivienda: ...		28. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 28.1 Tipo de vivienda: ...		29. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 29.1 Tipo de vivienda: ...		30. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 30.1 Tipo de vivienda: ...	

Original y copias A matel Galvan Pedraza.
*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.