



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCION

200639678

200639678

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Eugenio Tello		Tello	
2. FECHA DE NACIMIENTO		12 10 15 1977		3. SEXO	
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí		5. CURP	
5. CURP		JUTIE370152M185PRLG04		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD	
7. NACIONALIDAD		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 99		8. EDAD CUMPLIDA	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días		Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	
10.1 Tipo de vialidad		Calle		23 de Noviembre	
10.2 Nombre de la vialidad					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
71912511		Calle los Sabinos		Calle Valles	
10.6 Nombre del asentamiento humano				10.7 Código Postal	
				10.8 Localidad	
10.9 Municipio o Alcaldía				10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD				12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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:		Mecanico <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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				14.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Hospital General J. S. G. S.		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				15.1 Tipo de vialidad	
1112		Puebloscitos		Valentín Amador	
15.2 Número del asentamiento humano				15.6 Nombre del asentamiento humano	
7184315		Colonia		Rancho Guillen	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
15.10 Entidad federativa				San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
23 10 2020		15.11 Horas 20		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Día Mes Año		15.12 Minutos		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.)				19.1 Causa de la defunción	
PARTE I				19.2 Modo de morir	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) Debido a (o como consecuencia de)				20 días	
Causas antecedentes				19.4 Uso exclusivo del personal codificador	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				Código CIE	
b) Debido a (o como consecuencia de)					
c) Debido a (o como consecuencia de)					
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				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:	
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 type="radio"/> 5	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99				21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99				21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				22.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99				Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <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 o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE		Martha Alicia Mata		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3		Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otra* <input type="radio"/> 8		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
27. NOMBRE		Eduardo Alejandro Gómez		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Puebloscitos		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vialidad		Valentín Amador		29.2 Nombre de la vialidad	
Quintas Guillen		7184315		29.3 Núm. Exterior	
29.6 Nombre del asentamiento humano				29.4 Núm. Interior	
29.9 Municipio o Alcaldía				29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.11 Teléfono	
31.1 Número de la cédula profesional		32.1 Día		32.2 Mes	
31.2 Nombre de la entidad federativa		32.3 Año			