



## SECRETARIA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

200639932

200639932

DE FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Daniel		Primer Apellido	Catalán		Segundo Apellido	Pedraza			
	2. FECHA DE NACIMIENTO	1. C. 13/11/1915 16	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Chihuahua		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP	IGAPD1311191516101010		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	ABA <input type="radio"/> 1	2. ALGUNA <input type="radio"/> 2	3. ALGUNA <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99
	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	16 14	Se ignora <input type="radio"/> 99			
	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	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5		
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99			
	10.7 Código Postal	Maya 26100	10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosí		
	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Comercio <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 99	
	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	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 type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
	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						
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	Hospital General de Vicaría		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	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica			Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida 112		15.1 Tipo de vialidad	Valentín Amador		15.2 Nombre de la vialidad					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		Hospital General de Vicaría		15.6 Nombre del asentamiento humano					
15.7 Código Postal	71841315	15.8 Localidad		Sociedad de Grecia		15.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	21/11/10	20/11/10	11/14 15 18	15.10 Entidad federativa			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Dia Mes Año	Horas	Minutos		Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <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.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Usa exclusivo del personal codificador				
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						8 días	Código CIE				
a) <i>Neumonía Atípica</i> Debido a (o como consecuencia de)											
b) <i>Causas antecedentes</i> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
c) <i>Causas antecedentes</i> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
d) <i>Causas antecedentes</i> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica											
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo	<i>Cancer hepático</i>					2 años					
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?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN					
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Código CIE				
43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses									
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	después del parto o aborto <input type="radio"/> 4									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)							
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6							
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	No <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3							
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera <input type="radio"/> 4							
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		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7							
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad		Se ignora <input type="radio"/> 9	Otro <input type="radio"/> 8							
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							
23. NOMBRE	Cristina		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hijo							
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido									
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		Especifique								
27. NOMBRE	Luis F. F. Pérez		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	7543300							
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Número de la cédula profesional								
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Avenida 112		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad							
Hospital General de Vicaría	71841315		29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior							
Sociedad de Grecia	San Luis Potosí		29.5 Tipo de asentamiento humano	29.6 Nombre del asentamiento humano							
29.9 Municipio o Alcaldía	29.7 Código Postal		29.8 Localidad	29.10 Entidad federativa							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Nombre(s)	Localidad	Día Mes Año									

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 PARTICULARSES

200639932

