

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210828842210828842210828842210828842210828842

210828842

Z10BZ864Z Z10BZ884Z Z10BZ884Z Z10BZ884Z

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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

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



210828842

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Luis Javier Martinez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>16/11/2017</div> <div>Día Mes Año</div>	
	3. SEXO <div>Hombre</div> <div>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosí</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>	
	5. CURP <div>MAMLI17111916H51ARSA1</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>No</div> <div>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div> <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique</div>	
	8. EDAD CUMPLIDA <div>002</div> <div>Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/></div>	
	9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div> <div>Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Comunidad Berrio</div> <div>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</div>	
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 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 <div>Ninguna</div> <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/></div>	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>24/10/18604</div> <div>12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación</div>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>IMSS</div> <div>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Hospital General del Valle</div> <div>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Tipo de vialidad 14.4 Nombre de la vialidad 14.5 Núm. Exterior 14.6 Núm. Interior 14.7 Tipo de asentamiento humano 14.8 Nombre del asentamiento humano 14.9 Código Postal 14.10 Localidad 14.11 Municipio o Alcaldía 14.12 Entidad federativa</div>	
DE LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Fraccionamiento Oxilipán</div> <div>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</div>	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>03/11/2020 21:03:10</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>No</div> <div>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>No</div> <div>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></div>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>Choque mortal irreversible</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div>	
	Causas antecedentes <div>Neumonía adquirida de la comunidad</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div>	
	Enfermedad diarreica aguda <div>Debido a (o como consecuencia de)</div>	
	Desnutrición III grado (Hipoproteica) <div>Debido a (o como consecuencia de)</div>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>20/11/2020</div> <div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20.1 Código CIE 20.2</div>	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>El embarazo</div> <div>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/></div>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>Accidente</div> <div>Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>Accidente</div> <div>Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
MORTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Padre</div> <div>24.1 Tipo de vialidad 24.2 Nombre de la vialidad 24.3 Núm. Exterior 24.4 Núm. Interior 24.5 Tipo de asentamiento humano 24.6 Código Postal 24.7 Localidad 24.8 Municipio o Alcaldía 24.9 Entidad federativa</div>	
	25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div> <div>Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Especifique</div>	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>1225181</div> <div>Número de la cédula profesional</div>	
	27. FIRMA <div>Rafael Garcia Ascio</div> <div>27.1 Tipo de vialidad 27.2 Nombre de la vialidad 27.3 Núm. Exterior 27.4 Núm. Interior 27.5 Tipo de asentamiento humano 27.6 Código Postal 27.7 Localidad 27.8 Municipio o Alcaldía 27.9 Entidad federativa</div>	
DEL CERTIFICANTE	28. DOMICILIO y TELÉFONO <div>Oxilipán</div> <div>28.1 Tipo de vialidad 28.2 Nombre de la vialidad 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano 28.6 Código Postal 28.7 Localidad 28.8 Municipio o Alcaldía 28.9 Entidad federativa</div>	
	29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>03/11/2020</div> <div>Día Mes Año</div>	
	30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm. Libro Núm.</div> <div>30.1 Localidad 30.2 Fecha de registro</div>	
	31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>San Luis Potosí</div> <div>31.1 Localidad 31.2 Fecha de registro</div>	