



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

Modelo 2017-1
FOLIO
210830539
210830539 210830539 210830539 210830539

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Francisco</u> <u>Villanueva</u> Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/10/1985</u> Dia Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <u>LILTRIFBISL004MISDLDZ04</u></p> <p>6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> 35 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:</p> <p>8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>calle</u> <u>educa</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>cajahabitación</u> <u>progreso</u> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <u>126</u> <u>En unión libre</u> 10.7 Código Postal <u>71813170</u> <u>10.8 Localidad</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> <u>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u></p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input 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: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Otra <input type="radio"/> 8 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> <u>12.1 Trabajaba</u> Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>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 IMSS <input checked="" 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 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Sciedad</u> <u>Via pública</u> <u>Otro lugar</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Valentin Amador</u> <u>Hogar</u> <u>11 Se ignora</u> 14.3 Número de seguridad social o afiliación <u>Sciedad de Sciedad</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>15.10 Entidad federativa</u> 14.4 Número del asentamiento humano <u>Hospital General de Sciedad</u></p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Avenida</u> <u>Hospital</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Hospital</u> <u>15.2 Nombre de la vialidad</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <u>112</u> <u>Hospital General de Sciedad</u> 15.5 Tipo de asestamiento humano <u>Hospital</u> <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u> 15.7 Código Postal <u>71814315</u> <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Sciedad de Sciedad</u> <u>15.10 Entidad federativa</u> 15.11 La defunción ocurrió en el <u>Hospital General de Sciedad</u> <u>San Luis Potosí</u></p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>01/01/2012 01:15:00</u> Día Mes Año Horas Minutos</p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <u>Inhalación cutánea</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>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 <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p> <p>22.4.1 Uso exclusivo del personal de policía 22.4.2 Uso exclusivo de personal de fuerzas armadas</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>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 asestamiento 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</p> <p>23. NOMBRE <u>OMAR</u> <u>Rodríguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Cónyuge</p> <p>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 Otro* <input type="radio"/> 8 25.1 *Especifique</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Número de la cédula profesional <u>7543306</u></p> <p>27. NOMBRE <u>Iñaki Fianasco</u> <u>Rodríguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>28. FIRMA <u>(Firma)</u></p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida</u> <u>Valentín Amador</u> <u>112</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipó de asestamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Sciedad</u> 29.7 Código Postal <u>71814315</u> <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Sciedad de Sciedad</u> <u>29.11 Teléfono</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> <u>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</u> 29.12 Día <u>01</u> <u>Mes</u> <u>01</u> <u>Año</u></p>									
DE LA DEFUNCIÓN		<p>LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES</p> <p>ENREGISTRE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (REC/S/A) Y LA 2^a COPIA (REC/S/A) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.</p>									
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		<p>20.4.1 Uso exclusivo del personal de policía 20.4.2 Uso exclusivo de personal de fuerzas armadas</p> <p>22.7.11 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>días</u></p> <p>22.7.12 Uso exclusivo del personal de policía 22.7.13 Uso exclusivo de personal de fuerzas armadas</p> <p>22.7.14 Código CIE</p>									
DEL INF.		<p>23. NOMBRE <u>OMAR</u> <u>Rodríguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Cónyuge</p> <p>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 Otro* <input type="radio"/> 8 25.1 *Especifique</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Número de la cédula profesional <u>7543306</u></p> <p>27. NOMBRE <u>Iñaki Fianasco</u> <u>Rodríguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>28. FIRMA <u>(Firma)</u></p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida</u> <u>Valentín Amador</u> <u>112</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipó de asestamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Sciedad</u> 29.7 Código Postal <u>71814315</u> <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Sciedad de Sciedad</u> <u>29.11 Teléfono</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> <u>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</u> 29.12 Día <u>01</u> <u>Mes</u> <u>01</u> <u>Año</u></p>									
DEL CERTIFICANTE		<p>20.4.1 Uso exclusivo del personal de policía 20.4.2 Uso exclusivo de personal de fuerzas armadas</p> <p>22.7.11 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>días</u></p> <p>22.7.12 Uso exclusivo del personal de policía 22.7.13 Uso exclusivo de personal de fuerzas armadas</p> <p>22.7.14 Código CIE</p>									



210830539