

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017:

FOLIO

210831207

87

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Reina</div> <div>Nombre(s)</div> <div>Uribe</div> <div>Primer Apellido</div> <div>Cruz</div> <div>Segundo Apellido</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>07 09 19 57</div> <div>Día Mes Año</div>		3. SEXO <div>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" 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>UICR570907MSPRRN05</div> <div>Se ignora <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
DEL FALLECIDO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique</div>		
	8. EDAD CUMPLIDA <div>063</div> <div>Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos</div>		
	9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>		
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Calle Citramina</div> <div>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</div> <div>10.1 Tipo de vivienda</div> <div>12 Colonia Heroes Antorchistas de Chimalhuacán</div> <div>10.2 Nombre de la vivienda</div> <div>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>78422 San Luis Potosí San Luis Potosí</div> <div>10.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div>		
	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5</div> <div>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</div> <div>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</div>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Ama de casa</div> <div>12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</div> <div>13.1 Número de seguridad social o afiliación</div>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8</div> <div>IMSS <input type="radio"/> 2 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</div>		
DE LA DEFUNCIÓN	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez</div> <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7</div> <div>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Profanación</div> <div>15.1 Tipo de vivienda</div> <div>1112 Colonia Valentín Amador</div> <div>15.2 Nombre de la vivienda</div> <div>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>78436 Soledad de Graciano Sánchez Soledad de Graciano Sánchez</div> <div>15.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>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>14 11 20 23 13</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</div>		
DE LA DEFUNCIÓN	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2</div>		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I</div> <div>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</div> <div>a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>b) Neumonía</div> <div>Debido a (a como consecuencia de)</div> <div>c) Diabetes Mellitus 2</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>d) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</div> <div>1 día</div> <div>7 días</div> <div>años</div>		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		
	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 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, 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? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 <div>Victorino Hernández Uribe</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>		
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Médico de turno Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Tipo de vivienda 26.2 Nombre de la vivienda 26.3 Núm. Exterior 26.4 Núm. Interior 26.5 Tipo de asentamiento humano 26.6 Nombre del asentamiento humano 26.7 Código Postal 26.8 Localidad 26.9 Municipio o Alcaldía 26.10 Entidad federativa 26.11 Teléfono		
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE <div>José Alfonso Deluna Márquez</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>		
	28. FIRMA <div>904071</div>		
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO <div>Profanación</div> <div>29.1 Tipo de vivienda</div> <div>1112 Colonia Valentín Amador</div> <div>29.2 Nombre de la vivienda</div> <div>29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>78436 Soledad de Graciano Sánchez Soledad de Graciano Sánchez</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa</div>		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>14 11 20 23 13</div> <div>Día Mes Año</div>		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

210831207

210831207