

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL VERSO

21083303

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Sebastián</u> Primer Apellido <u>Delgado</u> Segundo Apellido <u>Delgado</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>1960</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>SLP</u>	
5. CURP <u>SLXMG000124USP01W00</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u> </u> Para menores de un día: Horas <u> </u> Para menores de un mes: Días <u> </u> Para menores de un año: Meses <u> </u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u> </u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 Divorciado(a) <input type="radio"/> 4 Soltero(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>SLP</u> 10.1 Tipo de vialidad <u> </u> 10.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 10.3 Núm. Exterior <u> </u> 10.4 Núm. Interior <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 10.7 Código Postal <u> </u> 10.8 Localidad <u> </u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>SLP</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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 type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u> </u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u> </u> 14.3 Tipo de vialidad <u> </u> 14.4 Nombre de la vialidad <u> </u> 14.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 14.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 14.7 Código Postal <u> </u> 14.8 Localidad <u> </u> 14.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 14.10 Entidad federativa <u>SLP</u>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u> </u> 15.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 15.3 Núm. Exterior <u> </u> 15.4 Núm. Interior <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 15.7 Código Postal <u> </u> 15.8 Localidad <u> </u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 15.10 Entidad federativa <u>SLP</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u> Horas <u>15</u> Minutos <u>00</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DUELO ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u> </u> b) <u> </u> c) <u> </u> d) <u> </u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u> </u> Código CIE <u> </u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u>		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		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 (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) <u> </u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión o presunto accidente, homicidio o suicidio <u> </u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Sebastián</u> Primer Apellido <u>Delgado</u> Segundo Apellido <u>Delgado</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u> </u>	
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 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u> </u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u> </u> Primer Apellido <u> </u> Segundo Apellido <u> </u> 28. FIRMA <u> </u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u> </u> 29.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 29.3 Núm. Exterior <u> </u> 29.4 Núm. Interior <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 29.7 Código Postal <u> </u> 29.8 Localidad <u> </u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 29.10 Entidad federativa <u>SLP</u> 29.11 Teléfono <u> </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u> </u> Libro Núm. <u> </u> 31.1 Acta Núm. <u> </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u> </u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u> </u> 32.3 Entidad federativa <u>SLP</u> 32.4 Día <u> </u> Mes <u> </u> Año <u> </u>		33. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA COPIA PARA LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR			



210833036