



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO 379
210834443
210834443

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Talpa</u> Primer Apellido <u>López</u> Segundo Apellido <u>del Pozo</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>23</u> Mes <u>12</u> Año <u>1941</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>L00LT41100845PPDR0107</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
8. EDAD CUMPLIDA 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 <u>07</u> <u>19</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 5 de Mayo</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>79610</u> 10.4 Núm. Interior <u>San Luis de Huixtla</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis de Huixtla</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>79610</u> 10.8 Localidad <u>San Luis de Huixtla</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input 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 type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 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 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación		
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 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		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Huixtla</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>51153410009415</u>		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <u>79610</u> 15.4 Núm. Interior <u>San Luis de Huixtla</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis de Huixtla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal <u>79610</u> 15.8 Localidad <u>San Luis de Huixtla</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>23</u> Mes <u>12</u> Año <u>2020</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>30</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Enfermedad Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Exposición Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Artículo Dermatóide</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Probable SIDA - VIH 2</u> 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>2 días</u> <u>15 años</u> <u>1 año</u> <u>2 años</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>2</u> <u>15</u> <u>1</u> <u>2</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			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 checked="" type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>2</u> <u>15</u> <u>1</u> <u>2</u>

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 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 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>6110</u>
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 Anoté 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 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		

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Vasquez</u> Primer Apellido <u>Rodriguez</u> Segundo Apellido <u>Lopez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>hijo</u>
---	--	---

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 *Especifique <u>Procurador</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>5310668</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Gerardo</u> Primer Apellido <u>Villanueva</u> Segundo Apellido <u>Villanueva</u>		28. FIRMA <u>Gerardo Villanueva Villanueva</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis de Huixtla</u> 29.7 Código Postal <u>79610</u> 29.8 Localidad <u>San Luis de Huixtla</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>48737291513</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>23</u> Mes <u>12</u> Año <u>2020</u>	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>79610</u> , Libro Núm. <u>79610</u> 31.1 Acta Núm. <u>79610</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis de Huixtla</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>23</u> Mes <u>12</u> Año <u>2020</u>	
---	--	--	--

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD