



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

356-120

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre 1Mujer 2Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

Luis

C660111HSPNINC5

6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si 1No 2Se ignora 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana 1Otra 2Se ignora 9

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

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6En unión libre 4Divorciado(a) 3Soltero(a) 1Se ignora 9Casado(a) 5Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

10.2 Nombre de la vialidad

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

Ninguna 1Bachillerato o preparatoria 7Preescolar 12Profesional 8Primaria 3Posgrado 10Secundaria 5Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa 1Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba

Si 1No 2Se ignora 9Vía pública 10Otro lugar 12Se ignora 99Hogar 11Se ignora 99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

IMSS 2ISSSTE 3SEDENA 5Seguro Popular 7Otra 8IMSS PROSPERA 10SEMAR 6PEMEX 4Unidad médica privada 9Otra unidad pública 8

14. SÍTIODONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1IMSS 3PEMEX 5SEDENA 7Unidad médica privada 9Otra unidad pública 8

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10Otro lugar 12Se ignora 99Hogar 11Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

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

15.1 Tipo de vialidad

15.2 Nombre de la vialidad

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí 1No 2Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 1No 2Se ignora 9

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Debido a (o como consecuencia de)

12.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)

DE SAN LUIS POTOSÍ

HOSPITAL GENERAL

CD. VALLE, SLP.

Se ignora 9

12.5 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

12.7 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 Sítiode ocurrió la lesión

Vivienda particular 0Área deportiva 3Calle o carretera 4Otro 8Granja 7Otro 8Se ignora 9

22.7.4 Núm. Exterior

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

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante 1Médico legista 2Otro médico* 3Personas autorizada por la Secretaría de Salud 4Autoridad civil* 5Otro* 8

*Especifique

Número de la cédula profesional

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Sí 1No 2Se ignora 9

27. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

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

29.7 Código Postal

29.8 Localidad

29.9 Municipio o Alcaldía

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

29.12 Día

Mes

Año

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021