

41805700022 SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

212248252

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

212248252

Declaración y Recibo
del certificado

23
25
MED
27

DE LA DEFUNCIÓN

DE DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.
CIVIL

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Martina Luna		Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP LULM550102MSPM1013	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9						
8. EDAD CUMPLIDA 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				
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad 116	10.2 Nombre de la vialidad Froccionamiento	10.3 Núm. Exterior 790168	10.4 Núm. Interior Ciudad Valles	10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles	10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Anunciar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación 1180570002	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	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 919	15.1 Tipo de vialidad Froccionamiento	15.2 Nombre de la vialidad 19 de Enero	15.3 Núm. Exterior 790000	15.4 Núm. Interior Ciudad Valles	15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles	15.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles	15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	15.10 Entidad federativa San Luis Potosí
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15 08 2021 10:41:00	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input 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						
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)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE					
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)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	Diabetes Mellitus tipo 2							
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 después del parto o aborto <input type="radio"/> 0	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva (campo o cancha) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
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 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 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)					
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 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 5158P1							
27. NOMBRE Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle El Carmen 1	29.1 Tipo de vialidad 116	29.2 Nombre de la vialidad Froccionamiento	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15 08 2021					
29.6 Nombre del asentamiento humano Calle	29.7 Código Postal 3919881	29.8 Localidad	29.9 Núm. Exterior 29. Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano humano					
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	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 Calle	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa San Luis Potosí	32.4 Día Mes Año 15 08 2021					

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