



41863400444
SF1934PE ANTES

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SINBL

Modelo 2017.

7521225997521

440 212250075
VERS0 212250075

SI LA PERSONA ESTÁ EN UN PERÍODO DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN SUS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESSION DE LOS OPERADORES Y EL FIDEICOMISARIO.

3	1. NOMBRE DEL(LA) FALLECIDO(A)	Juana	Padilla	Priña					
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
50	2. FECHA DE NACIMIENTO	01 02 1934	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
50	Día Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí					
50	5. CURP	DIPPJ33190207MSPD1N017	6. SE IGNORA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
50	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/>	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/>	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/>	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/>	Para personas de un año o más <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" 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"/>	
50	Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		
50	SIN	Feceo	Calle	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano		
50	7191215101	San Felipe	Ciudad Valles	7191215101	7191215101	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
50	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL					
50	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
50	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <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 BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
50	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99						
50	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8								
50	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad						
50	414	Fraccionamiento	Mercado Laredo						
50	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano					
50	7190000	7190000	Ciudad Valles	7190000					
50	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
50	24081202117160								
50	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
50	Día Mes Año Horas Minutos	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1						
50	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
50	PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente	10min							
50	a) Debido a (o como consecuencia de)	1461							
50	b) Debido a (o como consecuencia de)	30min							
50	c) Debido a (o como consecuencia de)	0042							
50	d) Debido a (o como consecuencia de)	0028							
50	Causas antecedentes Estados morbosos que existieron al momento de la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbo que la produjo	8 dias							
50	{ a) Debido a (o como consecuencia de)	0071							
50	b) Debido a (o como consecuencia de)	0003							
50	c) Debido a (o como consecuencia de)	110X							
50	d) Debido a (o como consecuencia de)								
50	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbo que la produjo								
50	Hipertension Esecial (primaria)								
50	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	Uso exclusivo del personal codificador							
50	Código CIE								
50	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN							
50	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	Código CIE							
50	El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN							
50	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	Código CIE							
50	21.2 Si las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN							
50	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Código CIE							
50	21.3 Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN							
50	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Código CIE							
50	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión							
50	22.1 Fue un presunto accidente	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3							
50	Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4							
50	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5							
50	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9							
50	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							
50	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						
50	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano						
50	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa					
50	23. NOMBRE	Rosy Blasquez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
50	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
50	25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
50	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3	1154928							
50	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional							
50	*Especifique								
50	27. NOMBRE	28. FIRMA							
50	Eduardo Blasquez								
50	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido						
50	29. DOMICILIO Y TELÉFONO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
50	Puentecitas Mexico - Laredo 914	Día Mes Año							
50	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior						
50	19 de Enero 7190000	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano						
50	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad						
50	Ciudad Valles	29.9 Municipio o Alcaldía	30.1 Fecha de certificación						
50	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año						
50	29.11 Entidad federativa								
50	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
50	Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad							
50	31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía							
50	31.2 Fecha de inscripción _____	32.3 Entidad federativa							
50	31.3 Acta Núm. _____	32.4 Día Mes Año							
50	31.4 Fecha de inscripción _____								

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA
MATERIAL DE MUERTE.**