SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212250186

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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(DE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO Día | Mes | Año

3. SEXO Hombre ◯1 Mujer ◯2 Se ignora ◯9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP Se ignora ◯99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ◯1 No ◯2 Se ignora ◯9

7. NACIONALIDAD Mexicana ◯1 Otra ◯2 → Especifique | Se ignora ◯9

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 | Se ignora ◯9

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) ◯6 Viudo(a) ◯2 Casado(a) ◯5 En unión libre ◯4 Divorciado(a) ◯3 Soltero(a) ◯1 Se ignora ◯9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) 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 ◯1 Preescolar ◯12 Primaria ◯3 Secundaria ◯5 Bachillerato o preparatoria ◯7 Profesional ◯8 Posgrado ◯10 Se ignora ◯99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ◯1 Incompleta ◯2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ◯99
12.1 Trabajaba Sí ◯1 No ◯2 Se ignora ◯9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ◯1 ISSSTE ◯3 SEDENA ◯5 Seg. Popular / INSABI ◯7 Otra ◯8 IMSS ◯2 PEMEX ◯4 SEMAR ◯6 IMSS BIENESTAR ◯10 Se ignora ◯99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ◯1 IMSS ◯3 PEMEX ◯5 SEMAR ◯7 IMSS BIENESTAR ◯2 ISSSTE ◯4 SEDENA ◯6 Otra unidad pública ◯8 Unidad médica privada ◯9 Vía pública ◯10 Otro lugar ◯12 Hogar ◯11 Se ignora ◯99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad | 15.2 Nombre de la vialidad
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

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 ◯1 No ◯2 Se ignora ◯9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ◯1 No ◯2

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	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ◯1 El parto ◯2 El puerperio ◯3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ◯4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ◯5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ◯1 No ◯2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ◯1 No ◯2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto Accidente ◯1 Homicidio ◯2 Suicidio ◯3 Se ignora ◯9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ◯1 No ◯2 Se ignora ◯9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ◯0 Área deportiva ◯3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ◯1 Calle o carretera (vía pública) ◯4 Escuela u oficina pública ◯2 Área comercial o de servicio ◯5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ◯6 Granja (rancho o parcela) ◯7 Otro ◯8 Se ignora ◯9
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

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ◯1 Médico legista ◯2 Otro médico* ◯3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ◯4 Autoridad civil* ◯5 Otro* ◯8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional

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

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día | Mes | Año

DEL REG. CIVIL

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
32.2 Municipio o Alcaldía | 32.3 Entidad federativa | 32.4 Día | Mes | Año

212250186

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P. TRABAJO SOCIAL