



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

Modelo 2017/1  
FOLIO  
212251498  
12251498

1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <b>Julio Bautista Hernandez</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>San Luis Potosí</b>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>15 06 1959</b>		5. CURP <b>BAHJ5190615HSB27TE017</b>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Ignora <input type="radio"/> 9		8. EDADE CUMPLIDA de una hora Para menores de una hora: Minutos de un día: Horas Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: Años cumplidos <b>06 62</b> Se <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía ella) fallecido(a) <b>06 calle Cuauhtémoc</b>		10.1 Tipo de vivienda <b>10.2</b> Nombre de la vivienda		10.3 Num. Exterior <b>10.4</b> Num. Interior <b>10.5</b> Tipo de asentamiento humano <b>10.6</b> Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal <b>10.8</b> Localidad <b>10.9</b> Municipio o Alcaldía <b>10.10</b> Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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 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 <b>campesino</b>		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 4 IMSS <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		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 BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital comunitario Tamazunchale</b>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>15.2</b>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>km 6.5</b>		15.1 Tipo de vivienda <b>ojido</b>		15.2 Nombre de la vivienda <b>La pitahaya</b>		15.3 Num. Exterior <b>15.4</b> Num. Interior <b>15.5</b> Tipo de asentamiento humano <b>15.6</b> Nombre del asentamiento humano <b>15.7</b> Código Postal <b>15.8</b> Localidad <b>15.9</b> Municipio o Alcaldía <b>15.10</b> Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <b>04 09 2011 04 30</b>		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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 día</b>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>Insuficiencia respiratoria aguda</b>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. CAUSAS ANOTADAS Código CIE		22. CAUSAS ANOTADAS Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <b>Insuficiencia respiratoria aguda</b>		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <b>Debido a (o como consecuencia de)</b>		21.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 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 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 de parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.4 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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 de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <b>de San Luis Potosí</b>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidental o suicidio <b>de San Luis Potosí</b>		22.7.1 Tipo de vivienda <b>22.7.2</b> Nombre de la vivienda <b>22.7.3</b> Num. Exterior <b>22.7.4</b> Num. Interior <b>22.7.5</b> Tipo de asentamiento humano <b>22.7.6</b> Nombre del asentamiento humano <b>22.7.7</b> Código Postal <b>22.7.8</b> Localidad <b>22.7.9</b> Municipio o Alcaldía <b>22.7.10</b> Entidad federativa		22.8.1 Tipo de vivienda <b>22.8.2</b> Nombre de la vivienda <b>22.8.3</b> Num. Exterior <b>22.8.4</b> Num. Interior <b>22.8.5</b> Tipo de asentamiento humano <b>22.8.6</b> Nombre del asentamiento humano <b>22.8.7</b> Código Postal <b>22.8.8</b> Localidad <b>22.8.9</b> Municipio o Alcaldía <b>22.8.10</b> Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido <b>Julio Bautista Cruz</b>		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b>		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 <b>Medico General</b>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <b>4941680</b>	
27. NOMBRE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido <b>Angel Sanchez Pacheco</b>		28. FIRMA <b>[Firma]</b>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <b>La pitahaya</b> 29.2 Nombre de la vivienda <b>San Luis Potosí</b> 29.3 Num. Exterior <b>29.4</b> Num. Interior <b>29.5</b> Tipo de asentamiento humano <b>29.6</b> Nombre del asentamiento humano <b>29.7</b> Código Postal <b>29.8</b> Localidad <b>29.9</b> Municipio o Alcaldía <b>29.10</b> Entidad federativa <b>29.11</b> Teléfono <b>29.12</b> Nombre de la vivienda <b>29.13</b> Num. Exterior <b>29.14</b> Num. Interior <b>29.15</b> Tipo de asentamiento humano <b>29.16</b> Nombre del asentamiento humano <b>29.17</b> Código Postal <b>29.18</b> Localidad <b>29.19</b> Municipio o Alcaldía <b>29.20</b> Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <b>04 09 2011</b>	
DEL REG. CIVIL 31.1 Acta Num. <b>32.1</b> Localidad <b>32.2</b> Municipio o Alcaldía <b>32.3</b> Entidad federativa <b>32.4</b> Día <b>32.5</b> Mes <b>32.6</b> Año		DEL CERTIFICANTE 31.2 Acta Num. <b>32.1</b> Localidad <b>32.2</b> Municipio o Alcaldía <b>32.3</b> Entidad federativa <b>32.4</b> Día <b>32.5</b> Mes <b>32.6</b> Año		DEL FALLECIDO 31.3 Acta Num. <b>32.1</b> Localidad <b>32.2</b> Municipio o Alcaldía <b>32.3</b> Entidad federativa <b>32.4</b> Día <b>32.5</b> Mes <b>32.6</b> Año		DEL FALLECIDO 31.4 Acta Num. <b>32.1</b> Localidad <b>32.2</b> Municipio o Alcaldía <b>32.3</b> Entidad federativa <b>32.4</b> Día <b>32.5</b> Mes <b>32.6</b> Año	

\*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

212251498

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