



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

212251975

Modelo 2017.1

212251975/212251975/212251975/212251975/212251975/212251975/212251975/212251975/212251975/212251975

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Bernardo</u> Primer Apellido <u>Molina</u> Segundo Apellido <u>Cruz</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>15</u> Mes <u>06</u> Año <u>1957</u>	
	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u> <u>12,41</u>	
	5. CURP <u>MIAC1506195706115MSPLR2R091</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>16</u> Para menores de un día: Horas <u>4</u> Para menores de un mes: Días <u>14</u> Para menores de un año: Meses <u>16</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>164</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Carrilero 214</u>
10.1 Tipo de vialidad <u>Turismo</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Turismo</u>		
10.3 Núm. Exterior <u>791</u> 10.4 Núm. Interior <u>00</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Turismo</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Turismo</u>		
10.7 Código Postal <u>79100</u> 10.8 Localidad <u>Turismo</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		
12. OCUPACIÓN HABITUAL Amo de casa <u>Amo de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		
12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 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		
13.1 Número de seguridad social o afiliación		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
	14.1 Nombre de la unidad médica <u>Unidad Médica de la Cd. Valle</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>0000000000</u>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Turismo</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Turismo</u>	
	15.3 Núm. Exterior <u>791</u> 15.4 Núm. Interior <u>00</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Turismo</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Turismo</u>	
	15.7 Código Postal <u>79100</u> 15.8 Localidad <u>Turismo</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>13</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>00</u>	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infarto agudo de miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad coronaria</u> b) <u>Enfermedad coronaria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad coronaria</u> c) <u>Enfermedad coronaria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad coronaria</u> d) <u>Enfermedad coronaria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad coronaria</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Hipertensión arterial sistólica</u>	
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 horas</u> Código CIE <u>I20</u>	
DEL CERTIFICANTE	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 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 propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>I20</u>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Presunto</u>	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1100</u>	
	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Presunto</u>	
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Presunto</u>	
DEL REG. CIVIL	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Juan Alberto</u> Primer Apellido <u>Salazar</u> Segundo Apellido <u>Maldonado</u>	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
DEL CERTIFICANTE	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 <u>1100</u>	
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Miguel</u> Primer Apellido <u>Ramírez</u> Segundo Apellido <u>Ramírez</u>	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
DEL CERTIFICANTE	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Turismo</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Turismo</u> 29.3 Núm. Exterior <u>791</u> 29.4 Núm. Interior <u>00</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Turismo</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Turismo</u> 29.7 Código Postal <u>79100</u> 29.8 Localidad <u>Turismo</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>0000000000</u>	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>13</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1100</u> , Libro Núm. <u>1100</u>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Turismo</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>13</u> Mes <u>09</u> Año <u>2021</u>	

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 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 DE LOS PARTICULARES



212251975