SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO 212253300

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): Fortunato; Primer Apellido: Lopez; Segundo Apellido: Rodriguez

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 17 Mes 03 Año 1956

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

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

5. CURP: LIRFS603170HSPPDR02 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD Mexicana (X) 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: 65 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) (X) 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: Avenida
10.2 Nombre de la vialidad: Himno Nacional
10.3 Núm. Exterior: S/N
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Barrio
10.6 Nombre del asentamiento humano: Las Flores
10.7 Código Postal: 79170
10.8 Localidad:
10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P.

11. ESCOLARIDAD Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria (X) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ( ) 1 Incompleta (X) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Chofer; Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna (X) 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 (X) 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: Hospital General Valles.
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SLSSA000316

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera
15.2 Nombre de la vialidad: México-Laredo
15.3 Núm. Exterior: km 7
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
15.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa
15.7 Código Postal: 79010
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles
15.10 Entidad federativa: S.L.P.

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 28 Mes 04 Año 2017 Horas 15 Minutos 00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 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) Acidosis	4 horas	
	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) Neumonía	15 días	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Probable SARS (COV) 2	15 días	
	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	Obesidad Mellitus 2	10 años	
	Hipertensión Arterial Sistémica.	10 años	

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): Rosa; Primer Apellido: Hernandez; Segundo Apellido:

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

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante (X) 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: 12121703

27. NOMBRE: Nombre(s): Manuel; Primer Apellido: Galvan; Segundo Apellido: Pizano

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera
29.2 Nombre de la vialidad: México-Laredo
29.3 Núm. Exterior: km 7
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: Fraccionamiento
29.6 Nombre del asentamiento humano: Oxitipa
29.7 Código Postal: 79010
29.8 Localidad:
29.9 Municipio o Alcaldía: Cd. Valles
29.10 Entidad federativa: S.L.P.
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 28 Mes 04 Año 2017

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

212253300

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSI HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P. RAMO SOCIAL

MEXICO, D.F.