



# **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

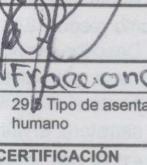
**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017.1

FOLIO

212718494

**212718494**

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)		FRANCISCO		MELO	Primer Apellido	Segundo Apellido	
		Nombre(s)					
2. FECHA DE NACIMIENTO		04 10 1940		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI
Día Mes Año						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		MEXF401004HSPILXRO3		Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD
				99	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
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	O 18 + Se ignora <input type="radio"/>
							Años cumplidos
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) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>	TIERRA	10.2 Nombre de la vialidad
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		Calle 3	11 DE DICIEMBRE	10.6 Nombre del asentamiento humano	
				COMUNIDAD	TIERRA	SAN LUIS POTOSI	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
791850		TAMPAMOLON	CUERVO	10.9 Municipio o Alcaldía			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación Habitual
		ISSSTE <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	SEG. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	HOGAR.
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	SEG. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	HOSPITAL GENERAL CD. VALLES	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
		IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Carretera 7	Fraccionamiento	15.1 Tipo de vialidad	Mexico-Laredo sur	15.2 Nombre de la vialidad	
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Oxitipa	15.6 Nombre del asentamiento humano	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		24 10 12 02 21	10 18	Día Mes Año Horas Minutos	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
					Ciudad Valles	San Luis Potosi	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				19.2 Parte II Otras enfermedades patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo	19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda	Debido a (o como consecuencia de)	b) Neumonía Grave	Debido a (o como consecuencia de)	c) Debido a (o como consecuencia de)	d) Debido a (o como consecuencia de)
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		DIABETES MELLITUS TIPO 2				20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	20.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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"/> El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Áreas de riesgo	21.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
		El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
		Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23. NOMBRE		OZIEL	MELO	GARCIA	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	HIZO		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
				*Especifique	11567110		
27. NOMBRE		EDGAR MANUEL	GOMEZ	MARTINEZ.	28. FIRMA		
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Carretera OXITIPA	Mexico-Laredo sur 7	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior		
		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior		
		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	29.9 Tipo de asentamiento humano		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		24 10 2022					