



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160628781

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Claudia María Guadalupe Padrón			Gonzalez		
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno								
2. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99			3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			6. PESO 10 Kilogramos			7. TALLA 73 Metros		
SI <input type="radio"/> 01 NO <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			Gramos			8. FECHA DE NACIMIENTO 28 01 2016		
9. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora Minutos			Para menores de un día Horas		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:			Para menores de un mes Días			Para menores de un año Meses		
11. RESIDENCIA HABITUAL			Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)			10. ESTADO CONYUGAL		
Río Nazas 219			manuel Moreno Torres			En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		
11.1 Calle y número			11.2 Colonia			11.3 Localidad		
Matehuala						San Luis Potosí		
11.4 Municipio o delegación						11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD			Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99			13. OCUPACIÓN HABITUAL		
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99			Preescolar <input type="radio"/> 012 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10			13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			14.1 Número de seguridad social o afiliación			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08			IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			4109 86 0223 3F20160AD		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			15.1 Nombre de la unidad médica			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada			IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			16.1 Calle y número			16.2 Colonia		
Carretera Central km 617			22 de mayo			16.3 Localidad		
16.4 Municipio o delegación						San Luis Potosí		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			17.1 Día 05 Mes 01 Año 2017 Horas 06 Minutos 20			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09						19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)						20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						20.2 Código CIE		
a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			Debido a (o como consecuencia de) Neumonía			20.3 3 Semanas		
b) Debido a (o como consecuencia de)								
c) Debido a (o como consecuencia de)								
d) Debido a (o como consecuencia de)								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03			No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05			22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04			SI <input type="radio"/> 01 NO <input type="radio"/> 02			22.4 Uso exclusivo del personal codificador		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09			Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 08 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión								
23.7.1 Calle y número			23.7.2 Colonia			23.7.3 Localidad		
23.7.4 Municipio o delegación						23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
José Roberto Padrón			Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			Padre		
26. CERTIFICADA POR			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08						Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE			29. TELÉFONO					
Gabriela Gallardo Alvarez								
30. DOMICILIO			31. FIRMA			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Carretera Central km 617 colonia 22 de mayo matehuala San Luis Potosí						05 01 2017		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____			34.1 Localidad _____					
33.1 Acta Núm. _____			34.2 Municipio o delegación _____			34.3 Entidad federativa _____		
34.4 Día _____ Mes _____ Año _____								
*SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA 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								
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS								

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



160628781