



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 201
FOLIO

150673272

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Rodrigo		Bunión		Hernández									
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno											
2. CURP		R14R73091911STN2D06		Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 01	Mujer <input type="radio"/> 02	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 01	Otra <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 09				
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO									
Sí <input type="radio"/> 01		No <input type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 09		310.1000		11.9.1911		Año 1973					
Kilogramos		Gramos		Metros		Centímetros		Día		Mes					
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más					
Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 09					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		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			
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)													
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad											
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)													
12. ESCOLARIDAD		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"/> 011		Profesional <input type="radio"/> 07		Se ignora <input type="radio"/> 099					
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"/> 010		Se ignora <input type="radio"/> 09					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación													
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		2417017275					
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"/> 099							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica													
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 <input type="radio"/> 09		Vía pública <input type="radio"/> 010					
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02		ISSSTE <input type="radio"/> 04		SEDENA <input type="radio"/> 06		Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Otro lugar <input type="radio"/> 012					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad													
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad											
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa													
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?													
17.1 Día <input type="radio"/> 29		17.2 Mes <input type="radio"/> 01		17.3 Año <input type="radio"/> 2011		17.4 Horas <input type="radio"/> 15		17.5 Minutos <input type="radio"/> 00		Sí <input type="radio"/> 01					
18.1 Sí <input type="radio"/> 01		18.2 No <input type="radio"/> 02		18.3 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.)													
Sí <input type="radio"/> 01		No <input type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 09		20.1 PARTE I									
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		20.2 Causas antecedentes													
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		20.3 Causas antecedentes													
20.4 PARTE II		20.5 Causas antecedentes													
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20.6 Causas antecedentes													
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?													
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 01		El parto <input type="radio"/> 02		El puerperio <input type="radio"/> 03		Sí <input type="radio"/> 01		No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01		No <input type="radio"/> 02	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04		No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05													
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión													
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 00		Área deportiva <input type="radio"/> 03		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06							
Homicidio <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01		No <input type="radio"/> 02		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07							
Suicidio <input type="radio"/> 03		Se ignora <input type="radio"/> 09		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05		Otro <input type="radio"/> 08							
Se ignora <input type="radio"/> 09		Se ignora <input type="radio"/> 09		Se ignora <input type="radio"/> 09		Se ignora <input type="radio"/> 09		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													
23.7 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					

		11.1 Calle y número <i>Cuayan</i>	11.2 Colonia	11.3 Localidad <i>San Luis Potosí</i>
		11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD		<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL
<input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		<input type="radio"/> 12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 8		14.1 Número de seguridad social o afiliación <i>24117017725</i>
<input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		<input type="radio"/> 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		<input type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General Valles.</i>		Vía pública <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 12
<input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		<input type="radio"/> 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número <i>Mexico Laredo km 7 Tricentenario Oaxaca</i>	16.2 Colonia	16.3 Localidad
		16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		<input type="radio"/> 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9
<input type="radio"/> Dia <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Minutos		<input type="radio"/> 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 9
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)
PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		<input type="radio"/> a) Debido a (o como consecuencia de) <i>Chocó en moto</i> <input type="radio"/> b) Debido a (o como consecuencia de) <i>Desnutrición y enfermedad crónica - como</i> <input type="radio"/> c) Debido a (o como consecuencia de) <i>Síndrome de la muerte súbita. Ataque</i> <input type="radio"/> d)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>6 hrs.</i>
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estadio morbosos que la produjo				
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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		<input type="radio"/> 22.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
<input type="radio"/> 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		<input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
<input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9				23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
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		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número		23.7.3 Localidad
		23.7.2 Colonia		
		23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa
DEL INF.	24. NOMBRE <i>Binion Hernandez</i>	Apellido paterno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
DEL CERTIFICANTE	Nombre(s)	Apellido materno		
DEL REG. CIVIL	26. 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	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>7049315</i>		Número de la cédula profesional
	28. NOMBRE <i>Señora Michelle Jimenez Sanchez</i>	Apellido materno		29. TELÉFONO
	Nombre(s)	Apellido materno		
	30. DOMICILIO <i>Mexico Laredo km 7 Tricentenario</i>	31. FIRMA <i>Señora Michelle Jimenez Sanchez</i>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
				Día <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____		34.3 Entidad federativa
	33.1 Acta Núm. _____	34.2 Municipio o delegación		34.4 Día <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año

