



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016

FOLIO

160627145

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Rosalba Morales		Lora							
	Nombre(s)	Apellido paterno		Apellido materno							
	2. CURP	Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input checked="" type="radio"/> 2						
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99						
	6. PESO	135	Kilogramos	600	Gramos						
	7. TALLA	11	Metros	50	Centímetros						
	8. FECHA DE NACIMIENTO	24	Día	01	Mes	1988	Año				
	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	Se ignora <input type="radio"/> 99				
	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"/> 4	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					Xilitla					
11.1 Calle y número	11.2 Colonia					San Luis Potosí					
Tamazunchale						11.3 Localidad					
11.4 Municipio o delegación											
12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Primaria incompleta <input type="radio"/> 2	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4	Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11	Profesional <input type="radio"/> 7	Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL				
Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria completa <input type="radio"/> 3	Secundaria completa <input type="radio"/> 5	Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6	Posgrado <input type="radio"/> 10			13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Número de seguridad social o afiliación	2415147093-1				
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital Rural 444 Zacatlán	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12			
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8								
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	16.1 Calle y número					16.2 Colonia	Tamazunchale				
Calle San Martín	km 3					2zacatlán	San Luis Potosí				
16.4 Municipio o delegación							16.3 Localidad				
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	26	11	2016	21	:49	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	16.5 Entidad federativa				
Día	Mes	Año	Horas	Minutos		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
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 estado patológico que produjo la muerte directamente											
a) Sindrome de inanición y fiebre adquiere											
Debido a (o como consecuencia de)											
b)											
Debido a (o como consecuencia de)											
c)											
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 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:											
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador					
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2						
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE											
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9											
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?											
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9											
23.3 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 Otro <input type="radio"/> 8											
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 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											
23.7.2 Colonia											
23.7.3 Localidad											