



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016  
FOLIO

160627164

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>MA. MANUELA</b> Nombre(s)		<b>LUCAS</b> Apellido paterno		<b>FRANCISCO</b> Apellido materno	
2. CURP <b>LUFM631212MSPCRN12</b> 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		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO _____ Kilogramos Gramos		7. TALLA _____ Metros Centímetros	
9. 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		8. FECHA DE NACIMIENTO <b>1 2 1 2 1 9 6</b> Día Mes Año			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" 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. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>C JUAREZ # 17</b> 11.1 Calle y número <b>XILITLA</b> 11.4 Municipio o delegación <b>ZAPUJO</b> 11.3 Localidad <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
12. ESCOLARIDAD 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"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10					
13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>AMA DE CASA</b> Se ignora <input type="radio"/> 09 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" 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 14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2410829281</b>					

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad <b>ZAPUJO</b> 15.4 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 15.5 Entidad federativa		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>C JUAREZ # 17</b> 16.1 Calle y número <b>XILITLA</b> 16.4 Municipio o delegación <b>ZAPUJO</b> 16.3 Localidad <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>1 1 1 1 2 0 1 6 0 6 : 4 5</b> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 HORA</b> <b>2 AÑOS</b> <b>1 MES</b> <b>2 AÑOS</b>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>PARO CARDÍACO RESPIRATORIO</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS PULMONARES</b> Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <b>HEMIPARESIA IZQUIERDA</b> <b>HIPERTENSION ARTERIAL SINTÉTICA</b>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 21.1 Causa básica de defunción Código CIE _____ 21.2 Causa básica de defunción Código CIE _____	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.6 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		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____ 23.5 Parentesco con el(la) fallecido(a) <b>ESPOSO</b>			
24. NOMBRE <b>SIMON</b> Nombre(s) <b>HERNANDEZ</b> Apellido paterno <b>JIDALES</b> Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>ESPOSO</b>			
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			

