



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

## Modelo 20

160631656

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Teodocio		Torres		Torres					
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno							
2. CURP		TOTT710530RSPR03		Se ignora	<input type="radio"/> 99	3. SEXO	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	4. NACIONALIDAD		
						Se ignora	<input type="radio"/> 99	<input type="radio"/> 99	Mexicana		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO					
SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Kilogramos . Gramos		Metros . Centímetros		Día <input type="radio"/> 00 Mes <input type="radio"/> 05 Año <input type="radio"/> 1971					
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	45	Se ignora <input type="radio"/> 99			
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos					
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)											
Calle grupo 13 internacionales 21 interior A Colonia cuartel tercero											
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
Ahualulco				San Luis Potosí							
11.4 Municipio o delegación											
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL									
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		Jornalero <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99									
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 SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99									
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación									
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		2403070072									
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10											
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica									
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		Hospital General de Soledad									
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)									
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad									
Prolongación Valentín Amador #1112 Calle de la Flor Col. Rivas Guillén Soledad		San Luis Potosí									
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		16.5 Entidad federativa					
Soledad de Graciano Sánchez											
16.4 Municipio o delegación											
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?								19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
11 01 2017. 16:42		1	<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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos											
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE								Usado exclusivo del personal codificador	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?								22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2								Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
a) Acidosis Metabólica Debido a (o como consecuencia de)		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?								23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
b) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2								4 horas	
c) Falla orgánica múltiple Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2								24 horas	
d) Choque séptico		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2								3 días	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2								4 días	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2								1 año	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión								Usado exclusivo del personal codificador	
Tuberculosis pulmonar		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2								Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?									
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		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	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3											
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5											
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión									
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		23.7.1 Calle y número								23.7.2 Colonia	
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.7.4 Municipio o delegación								23.7.3 Localidad	
23.7.5 Entidad federativa											
24. NOMBRE		Torres		Torres		Torres		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
José Ricardo		Apellido paterno		Apellido materno		Apellido materno		Hijo			
Nombre(s)											
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
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 Autoridad <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 8		5454082									
Número		Número de la cédula profesional									
28. NOMBRE		Quistian		Ramirez		29. TELÉFONO					
Jobani Emmanuel		Apellido paterno		Apellido materno		8260100					
Nombre(s)											
30. DOMICILIO		31. FIRMA									
Prolongación Valentín Amador #1112 Calle de la flor col. Rivas Guillén											
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN											
11 01 2017											
Día Mes Año											
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									
Número, Libro Núm.		34.1 Localidad									