



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160801677

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ESTOS CONSERVARÁN LA 1^a COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		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 Se ignora <input type="radio"/> 99					
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO					
SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Kilogramos	Gramos	Metros	Centímetros	Día	Mes	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	23	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 checked="" 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)							
Privada <u>Wanderley 1113</u>		11.1 Calle y número	Juice Grande	11.2 Colonia	Juice Grande	11.3 Localidad	San Luis Potosí	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
		Villa de Ramos							
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		Ama de casa <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 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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									
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		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		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		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
Cerrito Ciudad Guadalupe 490		16.1 Calle y número	Ciudad Guadalupe	16.2 Colonia	Zacatecas	16.3 Localidad	Zacatecas	16.5 Entidad federativa	
		Zacatecas							
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
16042016	08:30	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 Se ignora <input type="radio"/> 99						
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							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		5 días							
{ a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de)		RST 2							
b) <u>Infección del tracto urinario</u> Debido a (o como consecuencia de)		S dca							
c) <u>Eclerosdermia</u> Debido a (o como consecuencia de)		N 39.0							
d) <u>Hipertensión arterial sistémica</u>		11 años							
		H 34.9							
		5 años							
		J 11.0							
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:		Usa exclusivo del personal codificador							
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?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses	después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuvo 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	Área industrial <input type="radio"/> 6	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
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"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6		
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	23.7.4 Municipio o delegación	23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE		Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	26. CERTIFICADA POR	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	28. NOMBRE	
24. NOMBRE		Ánge lica	murillo	Pérez	Madre	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3	9370886	Número de la cédula profesional	
26. CERTIFICADA POR		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	29. TELÉFONO					
28. NOMBRE									
29. TELÉFONO									



1677