



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170650998

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) CASIANO Nombre(s)	2. FECHA DE NACIMIENTO 1 30 01 950 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
		5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique
		8. 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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) # 5 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79360 Los Nogales Alaguines San Luis Potosí SLP
		10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.2 Nombre de la vialidad Calle real # 5 10.6 Nombre del asentamiento humano
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/> 99	
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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 MSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ 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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN # 5 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79360 Los Nogales Alaguines San Luis Potosí SLP	15.5 Tipo de asentamiento humano 15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.2 Nombre de la vialidad Calle real # 5 15.6 Nombre del asentamiento humano
		15.7 Código Postal	15.10 Entidad federativa 10 09 2017 6 30 am	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Paro cardiorespiratorio Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Usa exclusivo del personal codificador Código CIE I46.9
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Cancer pulmonar Debido a (o como consecuencia de)		C399
			c) Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de)		A16.2
			d) Desnutrición Moderada		E99.0
		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 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	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	
		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal	22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad	22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa
		23. NOMBRE Nombre(s) Abelardo	Primer Apellido chuvez	Segundo Apellido Moctezuma	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrino
		25. 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 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4938233 DGP		
		27. NOMBRE Nombre(s) Juli	Primer Apellido Manual	Segundo Apellido Martinez	28. FIRMA
		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad 29.7 Código Postal 79360	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 19 Cunadi	29.5 Tipo de asentamiento humano
		29.6 Nombre del asentamiento humano Alaguines	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11 09 2017
		29.9 Municipio o delegación San Luis Potosí	29.10 Entidad federativa San Luis Potosí SLP	32.3 Entidad federativa	
		31.1 Acta Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.4 Día Mes Año
		31.2 Lugar y Fecha de Registro 31.3 Acta Núm.	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRARLA