



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017  
**FOLIO**

FOLIO

170640632

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Eugenio</b> Nombre(s)												7. DIRECCIÓN EN EL REVERSO											
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>04011957</b> Día Mes Año						3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)														
5. CURP <b>SESEG570104HSPGGG01</b>						6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → 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 personas de un año o más _____ Años cumplidos								
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="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			10. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)												Calle <b>Jose Maria Morelos</b>			10.2 Nombre de la vialidad								
10.3 Núm. Exterior <b>6</b>			10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Comunidad</b>			10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rancho Milpas</b>														
10.7 Código Postal			10.8 Localidad <b>Villa de Arista</b>			10.9 Municipio o delegación			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)														
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99						11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 2			12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Chofer</b>														
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99						12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2405043472/2</b>														
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8						14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Soledad</b>			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 11 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99											
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Calle 1112 Colonia Rivas Guillen</b>						15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad														
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano														
15.7 Código Postal			15.8 Localidad			15.9 Municipio o delegación			15.10 Entidad federativa														
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>15032017 0900</b> Dia Mes Año Horas Minutos						17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2														
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)												Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>21 días</b>											
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente												Uso exclusivo del personal codificado Código CIE											
a) <b>Choque Septico</b> Debido a (o como consecuencia de)												21 días											
b) <b>Neumonia Asociada a Influenza</b> Debido a (o como consecuencia de)												21 días											
c) _____												_____											
d) _____												_____											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo												_____											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:						21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99														
El embarazo <input type="checkbox"/> 1			El parto <input type="checkbox"/> 2			El puerperio <input type="checkbox"/> 3			Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u obra)														
43 días a 11 meses			No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5			Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3			Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7														
después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4			Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4			Otro <input type="checkbox"/> 8														
_____			_____			Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5			Se ignora <input type="checkbox"/> 99														
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99						22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3			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			Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4														
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio						22.7.1 Tipo de vialidad			Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 2 Área industrial <input type="checkbox"/> 6														
22.7.3 Núm. Exterior			22.7.4 Núm. Interior			22.7.5 Tipo de asentamiento humano			Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4														
22.7.7 Código Postal			22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o delegación			Otro <input type="checkbox"/> 8														
23. NOMBRE <b>Benito</b> Nombre(s)						22.7.10 Entidad federativa			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hijo</b>														
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3						26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>5505411</b>																	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 *Especifique						Número de la cédula profesional																	
27. NOMBRE <b>Marvin Homero Hernandez de la Cruz</b> Nombre(s)						28. FIRMA <b>[Firma]</b>																	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>Calle Valentin Amador 1112 Colonia Rivas Guillen</b>						29.2 Nombre de la vialidad																	
29.6 Nombre del asentamiento humano <b>Rivas Guillen</b>						29.3 Núm. Exterior																	
29.9 Municipio o delegación <b>Soledad de Graciano Sanchez</b>						29.4 Núm. Interior																	
29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>						29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Colonia</b>																	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO						29.11 Teléfono																	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>15032017</b>																	
DIA MES AÑO																							