



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

FOLIO

170643240

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Brenda Berenice Rojas Zavagoza  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 12/02/1984 3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Tamaulipas  
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP R101Z1B184102112MTSJRI05 Se ignora 99 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si 1 No 2 Se ignora 9 7. NACIONALIDAD Mexicana 1 Se ignora 9 Otra 2 → Especifique

8. 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 33 Se ignora 9  
Minutos Horas Días Meses Años cumplidos

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5  
En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1 Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Salvador Díaz Mirón  
10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad

10.3 Núm. Exterior 171911210 10.4 Núm. Interior S/N 10.5 Tipo de asentamiento humano Ébano 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí  
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2  
Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

12. OCUPACIÓN HABITUAL Amo de casa Se ignora 99  
12.1 Trabajaba Si 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8  
IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99  
13.1 Número de seguridad social o afiliación 2411004986

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Hospital Central "Dr. Jarcio Morales Puelo" 14.1 Nombre de la unidad médica  
IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública 10 Otro lugar 12  
Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida Venustiano Carranza 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad  
2395 S/N 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano  
1718121410 San Luis Potosí San Luis Potosí San Luis Potosí  
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 07/07/2017 08:05  
Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 1 No 2 Se ignora 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1 No 2

19. 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) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) 2 días  
b) Aborto Séptico Debido a (o como consecuencia de) 3 días  
c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida 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

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3  
43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9  
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1 No 2 Se ignora 9  
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Se ignora 9  
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a):  
Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8  
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 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano  
22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE  Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3  
Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8 \*Especifique 2985577 Número de la cédula profesional  
27. NOMBRE Carlos Ojeda Uscaña 28. FIRMA   
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido  
29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida Venustiano Carranza 29.2 Nombre de la vialidad 2395 29.3 Núm. Exterior S/N 29.4 Núm. Interior  
1718121410 29.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí  
29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad  
San Luis Potosí San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN  
Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. , Libro Núm.   
31.1 Acta Núm.   
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad   
32.2 Municipio o delegación  32.3 Entidad federativa  32.4 Día Mes Año



170643240

# INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxiliarse con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un período no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote **0 5 | 0 3 | 2 0 | 1 6**. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: **9 9 | 9 9 | 2 0 | 1 0**
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo:* para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos **9 | 9 | 9**. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
  - Folio del Certificado de Nacimiento.** Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo:* si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote **1 | 7 | 0 | 9**.
- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes **en orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que **la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.**

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) <b>Peritonitis aguda</b>	<b>2 días</b>	
<b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) <b>Perforación del duodeno</b> Debido a (o como consecuencia de)	<b>4 días</b>	
	c) <b>Úlcera duodenal</b> Debido a (o como consecuencia de)	<b>3 años</b>	
	d) <b>Hipertensión arterial</b>	<b>5 años</b>	
	<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

**22.1.** Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.

**22.3.** Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.

**22.4.** Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, *ejemplo:* esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".

**22.6.** Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, *ejemplo:* caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

**22.7.** Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.

**5-29. DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. **La firma** del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).

**30. FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

## ABREVIATURAS

**CEN:** Certificado Electrónico de Nacimiento. **CIE:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. **INF:** Informante.

**NÚM:** Número. **REG:** Registro.