



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

Modelo 2017  
FOLIO

170645216

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL 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 GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DE LA DEFUNCIÓN		DETALLE DEL FALLECIDO												
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		MATEO			Perez			Martinez						
Nombre(s)					Primer Apellido			Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día 70	Mes 01	Año 2017	3. SEXO			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			San Luis Potosí		
												Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		PEMM170130HSPRRTA9			Se ignora <input type="radio"/> 99			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
												Se ignora <input type="radio"/> 9		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	8	Para personas de un año o más		Para ignorar	9				
		Minutos	Horas	Días	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	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1	Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)										Tlajomulco de Zúñiga	10.2 Nombre de la vialidad	
												Colonia	San Salvador	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			San Luis Potosí			10.6 Nombre del asentamiento humano			San Luis Potosí		
196		783518												
10.7 Código Postal		10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	12.1 Trabajaba			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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	Hospital de Cirugía General Pediatría	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Via pública <input type="radio"/> 10 Otro <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8										
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Av. 110	15.1 Tipo de vialidad	Tlalnepantla	15.2 Nombre de la vialidad	Bueno Juarez	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.9 Municipio o delegación			San Luis Potosí			
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia	Valle Dorrego	15.10 Entidad federativa				15.10 Entidad federativa			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad			15.9 Municipio o delegación			15.10 Entidad federativa						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		02/11/2017	10:55	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
					Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
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		
PARTE I		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica										Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
a)		Debido a (o como consecuencia de) Sepsis												
b)		Debido a (o como consecuencia de) Neumonía												
c)		Debido a (o como consecuencia de)												
d)		Debido a (o como consecuencia de) Distracción Severe Anoxia												
PARTE II		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		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			Uso exclusivo del personal codificador			
		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	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?			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio												
22.7 ANOTACIONES		22.7.1 Tipo de vialidad			22.7.2 Nombre de la vialidad			22.7.6 Nombre del asentamiento humano			22.7.10 Entidad federativa			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano			22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o delegación			22.7.10 Entidad federativa			
22.7.7 Código Postal														
23. NOMBRE		23. NOMBRE			23. NOMBRE			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
		Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido						
25. CERTIFICADA POR								26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						