



SECRETARÍA DE SALUD 00 5959
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170645520

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Oscadi Leonel Díaz											
		Nombre(s) Oscadi Leonel Primer Apellido Díaz Segundo Apellido Nova											
2. FECHA DE NACIMIENTO 02 06 2017		Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Son Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP								6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 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 anota: 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 type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Casado(a) <input type="radio"/> 5	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Circuito Encinos				10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
10.7 Código Postal													
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 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 trabajadora		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				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 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		22 SN Circuito Encinos	15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano				15.10 Entidad federativa		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	15.11 Número de la unidad médica					
15.7 Código Postal													
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		12 7 10 2017 11 27	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONANTES 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 PARTE I		19.1 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	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.2 Debe a (o como consecuencia de)										Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron		19.3 Debe a (o como consecuencia de)											
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 de embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
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				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2							
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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 de servicio		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) 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			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^º COPIA (ROSA) Y LA 2^º 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 GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS