



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170645809

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 PARTICULARS.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ma. del Socorro Martinez		Devo				
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
Dia	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	San Luis Potosí		
			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD				
M A D S 3 2 0 S 1 3 M S P R V C 0 2		Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1		
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		
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos		
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL		8 5		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5		
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Alejandrina		Se ignora <input type="radio"/> 9		
1431		Fraccionamiento		Valle Dorado		10.2 Nombre de la vialidad		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
78399		San Luis Potosí		San Luis Potosí		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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL				
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Hogar		Se ignora <input type="radio"/> 99		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba		
12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		
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	IMSS <input checked="" type="radio"/> 2	4174510135-6 6FF932PE		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 8	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Via pública <input type="radio"/> 10		
13.1 Número de seguridad social o afiliación	13.2 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	13.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	13.4 Hogar <input type="radio"/> 11	13.5 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.6 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input checked="" type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10	14.4 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida		Nicolás Zapatista		15.2 Nombre de la vialidad			
203	Colonia		San Luis Potosí		Moderna	15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa		
78000	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	16.1 Tipo de vialidad		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
29 10 2017	10 40	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		17.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		17.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I	Neumonía atípica		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Debido a (o como consecuencia de)		19.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		19.5 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.6 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
Causas antecedentes	Diabetes Mellitus tipo 2		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
Estatos morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de)		19.5 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		19.6 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		19.7 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.8 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
{	Hipertensión arterial exencial		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
d)	Debido a (o como consecuencia de)		19.7 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		19.8 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		19.9 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.10 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE II	Obesidad mórbida		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo	Debido a (o como consecuencia de)		19.9 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		19.10 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		19.11 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.12 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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?		21.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	21.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	21.6 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	21.7 Uso exclusivo del personal codificador 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	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	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)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	(taller, fábrica u obra)	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	(rancho o parcela)	Granja <input type="radio"/> 7	22.6 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
22.2.5 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		Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9	Otro <input type="radio"/> 8	22.7 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
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				22.8 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano				22.9 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación				22.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE	Torres		Martinez				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
José Reymundo	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				Hijo	
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico* <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
							1235120	