



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

Modelo 2017

FOLIO

170646083

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		FRANCISCO MEZA		RODRIGUEZ			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
04 09 1959 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
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:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL		58 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4		Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CALLE COLONIA		LOS SILEROS		SCP	
700		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10.3 Núm. Exterior		SAN LUIS POTOSI		SAN LUIS POTOSI		4182590630195902	
10.4 Núm. Interior		10.8 Localidad		10.11 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
				Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		OPEPORA TAILEA Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8	Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	14.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="checkbox"/> 10 Oíro lugar <input type="checkbox"/> 12
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	Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 6	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
15. DÓMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		700	CALLE COLONIA	CALLE PASEO VALLE DE LOS SILEROS	15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	SAN LUIS POTOSI	SAN LUIS POTOSI	15.9 Municipio o delegación		SCP
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		31 11 02 2017	15.1 Tipo de vialidad	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	15.2 Nombre de la vialidad		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
Día Mes		Año	Horas	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I		19.1 Causas antecedentes					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.		19.2 Debe a (o como consecuencia de)					
a)		INSUFICIENCIA CARDIACA RESPIATORIA AGUDA					
b)		DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO					
c)		GASTROENTERITIS CRONICA					
d)		SINDROME CONSUNTIVO					
PARTE II		19.3 Debe a (o como consecuencia de)					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		SINONIMO DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.4 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	21.5 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.6 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
El parto o aborto		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
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"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:					
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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					

 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA 2^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS