



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170650020

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		José Luis		Primer Apellido	Cruz		Tomas										
2. FECHA DE NACIMIENTO		1960		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí									
5. CURP		JULIOL6001621111PJKS04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9									
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:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6		Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5						
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		En unión libre <input type="radio"/> 4		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1						
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		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 <input 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		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		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 SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6		Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día <input type="radio"/> 23 Mes <input type="radio"/> 03 Año <input type="radio"/> 13		Horas <input type="radio"/> 07 Minutos <input type="radio"/> 30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES 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 type="radio"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I		Causas antecedentes		19.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		19.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		19.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		19.4 ¿Cuál es la causa principal de la muerte?		19.5 ¿Cuál es la causa secundaria de la muerte?		19.6 ¿Cuál es la causa terciaria de la muerte?	
a)		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El puerperio <input type="radio"/> 3 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		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	
b)		Debido a (o como consecuencia de)		b)		Debido a (o como consecuencia de)		c)		Debido a (o como consecuencia de)		d)		d)		d)	
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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?		21.4 ¿Cuál es la causa principal de la muerte?		21.5 ¿Cuál es la causa secundaria de la muerte?		21.6 ¿Cuál es la causa terciaria de la muerte?		21.7 ¿Cuál es la causa cuaternaria de la muerte?		21.8 ¿Cuál es la causa quinta de la muerte?	
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)		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											
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA									
29. DOMICILIO y TELEFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano							
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 1 Año <input type="radio"/> 1															
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		Número _____, 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 <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 1 Año <input type="radio"/> 1																	
33. REGISTRO CIVIL																	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA