



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

FOLIO

170650143

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Israel Alvarez Valles			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 1 30 41 975		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
Día	Mes	Año	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP AVI1708415HSPLLS05		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input checked="" type="radio"/> NO <input 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 anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 531		10.1 Tipo de vialidad calle		10.2 Nombre de la vialidad Benito Juárez	
10.3 Núm. Exterior 79606		10.5 Tipo de asentamiento humano comunidad		10.6 Nombre del asentamiento humano San Francisco de Asís	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
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 checked="" type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL donalero		12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 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 Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública		Otra unidad pública		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 531		15.1 Tipo de vialidad calle		15.2 Nombre de la vialidad Benito Juárez	
15.3 Núm. Exterior 79606		15.5 Tipo de asentamiento humano San Francisco de Asís		15.6 Nombre del asentamiento humano 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 1 5 0 7 2 0 1 7 0 9 0 3		16.1 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		16.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 NO <input checked="" type="radio"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad muscular cerebral		19.2 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		19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
a)					
b)					
c)					
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? SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
21.4 Uso exclusivo del personal codificador 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 Suicidio <input type="radio"/> 3 Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
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 Tavita		Primer Apellido Alvarez		Segundo Apellido Morales	
Nombre(s)					
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			

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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 PARTICULARARES.

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DE LA DEFUNCIÓN

DE LA DEFUNCIÓN

DEL INF.