



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017  
FOLIO 170650278  
15.11

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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**

170650278

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		<b>Brenda Yuridia</b>		Primer Apellido	Segundo Apellido	
Nombre(s)						
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
Mes		Año				
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
C A P H B 1 6 0 S 2 6 M 5 P 1 S R R A U		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1		Se ignora <input type="radio"/> 9
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes
						Horas
						Minutos
						Días
9. ESTADO CONYUGAL		Para menores de un año		Para personas de un año o más		
Separado(a) <input type="radio"/> 6		Para menores de un año		Para personas de un año o más		
En unión libre <input type="radio"/> 4		Días		Meses		
Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Meses		Años cumplidos		
Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Años cumplidos		Años cumplidos		
Otra <input type="radio"/> 2		Años cumplidos		Años cumplidos		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Para menores de 28 días: anote:		Para menores de un año		Especifique
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		
83						
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		
7 9 8 6 1		Sun Pablo Primero		Colonia		Colonia
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
7 9 6 1 0		SN		Hospital General de Rio Verde		San Luis Potosí
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Número del asentamiento humano
7 9 6 1 0		210 Vercie		Río Verde		Centro
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa
7 9 6 1 0		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. OTRO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día		Mes		Año		
12		11		17		
16		11		14		
16		11		10		
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
PARTE I		PARTE II		Código CIE		
Parte estos datos patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado		Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado		Código CIE		
a) <b>SN</b>		a) <b>Neumonía. Murió en la Comunidad</b>		S 00 3		
b) <b>SN</b>		b) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b>		S 00 3		
c) <b>SN</b>		c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b>		S 00 3		
d) <b>SN</b>		d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b>		S 00 3		
21. SÍLA DEFINICIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2. Las causas anotadas fueron compatibles con el embarazo, parto o puerperio?		21.3. Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
21.1. Especifique si la muerte ocurrió durante:		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		
El embarazo <input type="radio"/> 1		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		Si <input type="radio"/> 1		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No <input type="radio"/> 2		No <input type="radio"/> 2		
22. SÍ LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3. Sitio donde ocurrió la lesión		22.4. Año de la relación que tenía el fallecido(a) con ella		
22.1. Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u oficina)		
Accidente <input type="radio"/> 1		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (vía pública)		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)		
Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (vía pública)		Otro <input type="radio"/> 8		
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 de servicio		
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		Se ignora <input type="radio"/> 9		
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		
22.7.7. Código Postal		22.7.8. Localidad		22.7.9. Municipio o delegación		
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		
Mariana		Mádre		Médico tratante <input type="radio"/> 1		
Calle		29.2. Nombre de la vialidad		Médico legista <input type="radio"/> 2		
Centro		29.3. Núm. Exterior		Otro médico* <input type="radio"/> 3		
29.9. Municipio o delegación		29.4. Núm. Interior		Otro* <input type="radio"/> 8		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		29.5. Tipo de asentamiento humano		*Especifique		
Número _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		Número de la cédula profesional		
31.1 Acta Núm. _____		32.1. Localidad		32.2. Municipio o delegación		
32.3. Entidad federativa		32.4. Dia		32.5. Mes		
32.6. Año						

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**