



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

FOLIO

170650981

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN										
		ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO					170650981 OCT066					
DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Primer Apellido			Segundo Apellido				
		DIANA JOSEFINA ZAPATA IBARRA										
DE LA DEFUNCIÓN		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
		Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	SAN LUIS POTOSI	5. CURP	ZAID890214MSPBPN09	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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	Años cumplidos			
		Minutos	Horas	Días	Meses	Se ignora <input type="radio"/> 9	8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viuda(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Casado(a) <input type="radio"/> 5	
DEL INF.		10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad				
		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	EJIDO	10.6 Nombre del asentamiento humano	CARRIZAL DE SAN JUAN LAGUNILLAS	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
DEL CERTIFICANTE		11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 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 type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	10.11 Número de seguridad social o afiliación	
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	10.12 Número de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> 10 Otra lugar <input type="radio"/> 12		
DEL REG. CIVIL		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	10.13 Número de la vialidad		
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	EJIDO	15.1 Tipo de vialidad	CARRIZAL DE SAN JUAN LAGUNILLAS	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	
DE LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3 Horas <input type="radio"/> 4 Minutos <input type="radio"/> 5	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"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	10.14 Número de la vialidad			
		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	10.15 Número de la vialidad	
DE LA DEFUNCIÓN		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)	10.16 Número de la vialidad		
		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
DEL CERTIFICANTE		23. NOMBRE		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24.1 Número de la cédula profesional							
DEL REG. CIVIL		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	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	744541			
		Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	26.2 FIRMA	ANAH						
DEL CERTIFICANTE		27. NOMBRE		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA				
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28.1 Número de la cédula profesional	ANAH						
DEL DOMICILIO		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		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	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Teléfono	Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3						
DEL REG. CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				32.1 Localidad				
		Núm. _____, Libro Núm. _____	31.1 Acta Núm. _____	32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3					

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA

170650981