



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

Modelo 2017

FOLIO

170652251

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>VICTOR MARTINEZ PEREZ</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>08/11/1978</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSI</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <b>M AP V 78 11 08 H S P R R C O S</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 <b>38</b> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <b>313 COLONIA JUAREZ</b> 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 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>72200 TAMUIN TAMUIN SAN LUIS POTOSI</b> 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 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>ALBANIL</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 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 Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 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 <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Nombre de la unidad médica 14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.5 Nombre de la unidad médica 14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.7 Nombre de la unidad médica 14.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.9 Nombre de la unidad médica 14.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.11 Nombre de la unidad médica 14.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.13 Nombre de la unidad médica 14.14 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.15 Nombre de la unidad médica 14.16 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.17 Nombre de la unidad médica 14.18 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.19 Nombre de la unidad médica 14.20 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.21 Nombre de la unidad médica 14.22 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.23 Nombre de la unidad médica 14.24 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.25 Nombre de la unidad médica 14.26 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.27 Nombre de la unidad médica 14.28 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.29 Nombre de la unidad médica 14.30 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.31 Nombre de la unidad médica 14.32 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.33 Nombre de la unidad médica 14.34 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.35 Nombre de la unidad médica 14.36 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.37 Nombre de la unidad médica 14.38 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.39 Nombre de la unidad médica 14.40 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.41 Nombre de la unidad médica 14.42 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.43 Nombre de la unidad médica 14.44 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.45 Nombre de la unidad médica 14.46 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.47 Nombre de la unidad médica 14.48 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.49 Nombre de la unidad médica 14.50 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.51 Nombre de la unidad médica 14.52 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.53 Nombre de la unidad médica 14.54 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.55 Nombre de la unidad médica 14.56 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.57 Nombre de la unidad médica 14.58 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.59 Nombre de la unidad médica 14.60 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.61 Nombre de la unidad médica 14.62 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.63 Nombre de la unidad médica 14.64 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.65 Nombre de la unidad médica 14.66 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.67 Nombre de la unidad médica 14.68 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.69 Nombre de la unidad médica 14.70 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.71 Nombre de la unidad médica 14.72 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.73 Nombre de la unidad médica 14.74 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.75 Nombre de la unidad médica 14.76 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.77 Nombre de la unidad médica 14.78 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.79 Nombre de la unidad médica 14.80 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.81 Nombre de la unidad médica 14.82 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.83 Nombre de la unidad médica 14.84 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.85 Nombre de la unidad médica 14.86 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.87 Nombre de la unidad médica 14.88 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.89 Nombre de la unidad médica 14.90 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.91 Nombre de la unidad médica 14.92 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.93 Nombre de la unidad médica 14.94 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.95 Nombre de la unidad médica 14.96 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.97 Nombre de la unidad médica 14.98 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.99 Nombre de la unidad médica 14.100 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>313 COLONIA JUAREZ</b> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>72200 TAMUIN TAMUIN SAN LUIS POTOSI</b> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>1/3/03 2:01 7 11 00</b> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>FIBROSIS PULMONAR</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>TUBERCULOSIS PULMONAR</b> Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>2 días</b> <b>3 años</b> Código CIE
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 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		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 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? 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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (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(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		

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.  
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.