



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170652251

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		VICTOR MARTINEZ PEREZ				
		Nombre(s)	Primer Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día	Mes	Año	SAN LUIS POTOSI			
		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
MAPV781108HSPRRCG08		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
		8. EDAD CUMPLIDA	9. ESTADO CONYUGAL			
		Para menores de una hora Minutos	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4			
		Para menores de un día Horas	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3			
		Para menores de un mes Días	Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
		Para menores de un año Meses	Esposo(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 8			
		Para personas de un año o más Años cumplidos	Esposo(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8.1 Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	10. RESIDENCIA HABITUAL			
			Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
			10.1 Tipo de vialidad			
			COLONIA JUAREZ			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			
170121010			TAMUIN			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	TAMUIN			
		10.9 Municipio o delegación	SAN LUIS POTOSI			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 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	Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8			
IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10			
PEMEX <input type="radio"/> 4		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	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 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otro lugar <input type="radio"/> 12			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
792190						
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.2 Nombre de la vialidad			
		TAMUIN	COLONIA JUAREZ			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.6 Nombre del asentamiento humano			
792190			SAN LUIS POTOSI			
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa				
TAMUIN		SAN LUIS POTOSI				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13	03	2017	11	00		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
PARTE I						
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) FIBROSIS PULMONAR				
		Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II		b) TUBERCULOSIS PULMONAR				
		Debido a (o como consecuencia de)				
		c) Debido a (o como consecuencia de)				
		d) Debido a (o como consecuencia de)				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
		2dias				
		3 AÑOS				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	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 (taller, fábrica u oficina)			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
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		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
 ASESORES TECNICOS
 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 ASESORES TECNICOS
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARALES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS