



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017  
FOLIO

170652668

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Juan</b> <b>Martinez</b> Nombre(s) Primer Apellido		Segundo Apellido <b>Cruz H6U 256</b>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>08/03/1943</b> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP [Empty]		6. ¿HABLA ALGUN LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Empty] Minutos Para menores de un día: [Empty] Horas Para menores de un mes: [Empty] Días Para menores de un año: [Empty] Meses Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Empty] 8.2 Semanas de gestación: [Empty]		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique: [Empty]	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>42</b> <b>Calle</b> <b>Villalba</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>Edificio</b> <b>Edificio</b> 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>10.7</b> <b>10.8</b> <b>Ebano</b> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación		9. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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 type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 12.2 Ocupación: <b>2405064524</b> 13. Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 IMSS <input 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		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad: <b>HOSPITAL GENERAL</b> 14.2 Clave Única: <b>SIPSI</b>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <b>Edificio</b> <b>Edificio</b> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>15.7</b> <b>15.8</b> <b>Ciudad</b> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>19/06/2017</b> <b>12:34</b> Día Mes Año Horas Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: asfixia, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Fibrosis Pulmonar</b> Debido a (o como consecuencia de) [Empty] Causas antecedentes Existió alguna, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [Empty] Debido a (o como consecuencia de) [Empty] c) [Empty] Debido a (o como consecuencia de) [Empty] d) [Empty] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <b>Tuberculosis Pulmonar</b>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>48 hrs</b> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE [Empty]	
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Empty]	
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Empty] 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Empty] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Empty] 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Empty] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Empty] 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Empty] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Empty] 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación [Empty] 22.7.10 Entidad federativa		24. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Esposa</b> 25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>8025212</b> Número de la cédula profesional 28. FIRMA <b>[Firma]</b> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>12062017</b> Día Mes Año	
23. NOMBRE <b>Termina</b> <b>Miranda</b> <b>Reu</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Esposa</b>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: [Empty]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>8025212</b> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <b>Armando</b> <b>Garcia</b> <b>Silva</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <b>[Firma]</b>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <b>Oxitepa</b> <b>12062017</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>Ciudad Valles</b> <b>San Luis Potosí</b> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>12062017</b> Día Mes Año		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>12062017</b> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

\*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. 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 PARTICULARES.

170652668