



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170653107

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	VICTORINA RAMIREZ		Primer Apellido	Segundo Apellido																							
2. FECHA DE NACIMIENTO	Dia	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSÍ																				
					Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)																						
5. CURP					6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9																		
					8. EDAD CUMPLIDA			8.1 Para menores de una hora	8.2 Para menores de un día	8.3 Para menores de un mes	8.4 Para menores de un año	8.5 Para personas de un año o más	8.6 Años cumplidos														
					Minutos	Horas	Días	Meses	8.7 Se ignora <input type="radio"/> 99																		
					8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9																	
							10. RESIDENCIA HABITUAL	10.1 Tipo de vivienda			10.2 Nombre de la vivienda																
							Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1.1 FAMILIAR			10.2.1 LOMA LINDA																
							10.1.2 FINCA/CONDOMINIO	10.1.3 TERRAZA			10.2.2 SAN LUIS POTOSÍ																
							10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano																	
							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	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	12.1 Trabajaba																	
							Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 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	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.2.1 En el hogar <input type="radio"/> 6	12.2.2 Se ignora <input type="radio"/> 99															
							13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	13.1 Número de seguridad social o afiliación	12.3.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	12.3.2 Se ignora <input type="radio"/> 99																	
							Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.2.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.2.2 Se ignora <input type="radio"/> 99																
							14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.3.2 Se ignora <input type="radio"/> 99																
							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	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	14.4.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.4.2 Se ignora <input type="radio"/> 99																
							IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.5.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.5.2 Se ignora <input type="radio"/> 99																
							15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vivienda	15.2 Nombre de la vivienda	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	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										
							15.1.1 FAMILIAR	15.1.2 FINCA/CONDOMINIO	15.1.3 TERRAZA	15.2.1 ALTA VISTA	15.2.2 SAN LUIS POTOSÍ	15.3.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.3.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.4.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.4.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.5.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.5.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.6.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.6.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.7.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.7.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.8.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.8.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.9.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.9.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.10.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	15.10.2 Se ignora <input type="radio"/> 99
							16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17.1 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18.1 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2											
							19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 PARTE I	19.2 PARTE II	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.4 Código CIE																
							a) <i>Insuficiencia cardíaca</i>	Debido a (o como consecuencia de):																			
							b) <i>Insuficiencia cardíaca</i>	Debido a (o como consecuencia de):																			
							c) <i>Insuficiencia cardíaca</i>	Debido a (o como consecuencia de):																			
							d) <i>Insuficiencia cardíaca</i>	Debido a (o como consecuencia de):																			
							21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE																
							El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	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	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	20.1.1 Se ignora <input type="radio"/> 99	20.1.2 Se ignora <input type="radio"/> 99	20.1.3 Se ignora <input type="radio"/> 99												
							43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5																			
							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?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)																
							Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 Otra <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 vivienda	22.7.2 Nombre de la vivienda																
							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	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa																	