

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

Modelo 2017

FOLIO

170653107

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) VICTORINA RAMIREZ		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 23/12/1967		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 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 49		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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 161 CALLE SOLSTICIO		10.1 Tipo de vivienda FRACCIONAMIENTO		10.2 Nombre de la vivienda LOMA LINDA			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano TAMAZUNCHALE		10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
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 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 checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL LABORES DEL HOGAR			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación GOTM451006-31					
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 pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1507 CALLE COLOMBIA		15.1 Tipo de vivienda CIUDAD		15.2 Nombre de la vivienda ALTAVISTA		15.3 Núm. Exterior	
15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano VALES		15.7 Código Postal	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01/08/2017 20:40		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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) PERIUNITSIA BACTERIANA Debido a (o como consecuencia de) b) EMPEÑO RENAL CRÓNICA Debido a (o como consecuencia de) c) DIABETES MELITUS 2 Debido a (o como consecuencia de) d) HIPERTENSION ARTERIAL SUSTENTADA		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 20 años		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 años			
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			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VOLENTA, 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 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 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 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 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 20 años			
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 Añote 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 o país (si residía en el extranjero)	