



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170653418

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Rosa	Ortiz	Aguilares.			
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		12091975	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			
Día Mes Año			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
5. CURP		CLARF80912MSPR1500	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →			
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	Para menores de un año _____ Meses			
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL			
				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Calle	Paseo 20 de Noviembre.			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
79820			Colonia Sun Vicente Tan (Xayalab)	San Luis Potosí.			
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 checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 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	Arma de caza. Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEMAR <input type="radio"/> 7	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	24165107927-1	
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 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital General de Valles	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Nombre de la unidad médica		5101531000356	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Calle	Méjico Laredo Km. 7	15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	Fraccionamiento	0xi + 1 pca	15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	Ciudad Valles	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		07092017	15.1 Tipo de vialidad	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?		
Dia Mes Año		Horas Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <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, astenia, etc.)							
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Acidosis metabólica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE					
b) Enfermedad renal		14 días					
Debido a (o como consecuencia de)		10 días					
c)							
d)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo							
Tuberculosis miliares VIH +		140186					
6 años							
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?	21.4 Anote la edad al momento de la defunción		
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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él/la fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <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 Otro <input type="radio"/> 8		
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			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Estela Viviana Cruz Ortiz	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro médico * <input checked="" type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Méjico Laredo Km. 7	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
Carretera		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Cittad Valles		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	Día <input type="radio"/> 07	Mes <input type="radio"/> 09	Año <input type="radio"/> 2017
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año	