



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170654009

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Rosa		Primer Apellido	Morales	Segundo Apellido	ORTIZ	
2. FECHA DE NACIMIENTO		19092017	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
5. CURP		MOQX170919MJPMMX		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Para menores de un día	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9	
Para menores de 28 días anote:								
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:								
8.2 Semanas de gestación:								
8.3 ESTADO CONYUGAL								
En unión libre <input 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								
Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a)								
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
			Ejido	El Agavacate				
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
		Ejido Agavacate	Aguimán	San Luis Potosí				
11. ESCOLARIDAD								
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	SSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
		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	2417066185-3	
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	Mojo de San Pedro de los Pinos	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Calle 100 - Torre 507		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano		
		Fraccionamiento		15.5 Tipo de asentamiento humano	0x1190	Ciudad Valles		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa	San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN								
2017 09 20		17 00 20	Horas Minutos	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año				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
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)	Sepsis neonatal en germen distinto 90-001							
Debido a (o como consecuencia de)								
b)	Inhalación de líquido amniótico en la sala de parto 90-002							
Debido a (o como consecuencia de)								
c)	Síndrome hipovolémico (centro) 90-003							
Debido a (o como consecuencia de)								
d)	Asfixia por natal severa no recorrida 90-004							
PARTE II								
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo								
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	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 el número de la persona codificada		
43 días a 11 meses		después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 12 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <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								
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1								
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	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)				
Si <input type="radio"/> 1		Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	(taller, fábrica u obra)				
No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7				
		(asilo, orfanato, etc.)	(vía pública) <input type="radio"/> 1	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 4				
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	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				
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE								
Rosa		Primer Apellido	Morales	Segundo Apellido	ORTIZ	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)								
25. CERTIFICADA POR								
Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico lejista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	1229181			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional				
*Especifique								
27. NOMBRE								
Pedro Rojas		Primer Apellido	Ramirez	Segundo Apellido	Arguelles	28. FIRMA		
Nombre(s)								
29. DOMICILIO y TELEFONO								
CONCEPCION		29.1 Tipo de vialidad	mexico-torre 507	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
OXINRA		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad			
Ciudad Valles		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
							2017 09 20 17	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO								
Núm. _____, Libro Núm. _____								
31.1 Acta Núm. _____								
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								
32.1 Localidad _____								
32.2 Municipio o delegación _____								
32.3 Entidad federativa _____								
32.4 Día Mes Año								

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD