



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

170654188

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.

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Elena Nombre(s)	2. FECHA DE NACIMIENTO 25 08 1946 Día 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 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
		5. CURP HEVE460825MSPRZL05 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9 → Especifique	
		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos 71 Se ignora <input type="radio"/> 9	8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 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 vivía el fallecido (a) 45 calle 5001 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Tamán	10.1 Tipo de vialidad Calle 10.6 Nombre del asentamiento humano Nuevo Ahuacatlán	10.7 Código Postal 78100 10.8 Localidad Tamán 10.9 Municipio o delegación Tamán 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) S.L.P	
		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 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		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 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 2405086891	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 privada <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital Tamán 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Bulevar Adolfo López Mateos 15.1 Tipo de vialidad Colonia 15.2 Nombre de la vialidad Pueblo Nuevo	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Tamán 15.6 Nombre del asentamiento humano Tamán 15.7 Código Postal 78100 15.8 Localidad Tamán 15.9 Municipio o delegación Tamán 15.10 Entidad federativa S.L.P	
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14 12 2017 0100 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN		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) Paro Cardiorespiratorio Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		b) Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de) c) Necrosiapatia obstructiva crónica Debido a (o como consecuencia de) d) Embolia de pared de vena.			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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 estuve 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 type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
		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	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) <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	