



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180643482

DE LOS SUELTOS OBLIGADOS A LA FEDERACION	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Martín		Borjas		García	
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
DEL FALLECIDO	2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
	Día 09 Mes 08 Año 1984		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Santos, Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
	BAGM840809HSPMRR06		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		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	Se ignora <input type="radio"/> 9
			Minutos	Horas	Días	Meses	33	Años cumplidos
	Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
							Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	
							Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
							Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DE LA DEFUNCION	10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		Colonia		10.6 Nombre del asentamiento humano	
			10.5 Tipo de asentamiento humano				Terrazas, Colonia	
			10.7 Código Postal		2101413		San Luis Potosí, SLP	
			10.8 Localidad				10.9 Municipio o delegación	
							Santos, Potosí	
							10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
	11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
	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 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
							Se ignora <input type="radio"/> 99	
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8				2406312565-2	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		Hospital de la Unidad Médica				Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6							
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
	A 2101413		Calle		Vivienda			
	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
				Zona				
DEL INF.	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha		16.2 Hora		16.3 Minutos	
	21804210118		10:51:10					
	Día Mes Año		Horas		Minutos			
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	
	a) Cheque Septico		14.3 Nombre de la unidad médica		14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		14.5 Nombre de la unidad médica		14.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
	b) Encefalitis hepática							
	c) Meningitis bacteriana							
d) Cirrosis hepática								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		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		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Uso exclusivo del personal codificador		
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3				
43 días a 11 meses		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		5				
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4								
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)				
Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)				
Suicidio <input type="radio"/> 3		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)				
Se ignora <input type="radio"/> 9				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		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Maria Elena								
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico <input type="radio"/> 3				
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		28. FIRMA						
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		
		29.5 Nombre del asentamiento humano		29.6 Municipio o delegación		29.7 Código Postal		
		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		
						29.11 Teléfono		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad				21804210118		
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		Día Mes Año		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD