



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

Modelo 2017.1

FOLIO

180646951

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES

180646951

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	LUCIO MARTINEZ GONZALEZ		2. FECHA DE NACIMIENTO	Día 10 Mes 11 Año 1947	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI	
							Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP		LMAGIL47112012HISPRN1011		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 → Especifique
	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 mes	Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/> 9
			Minutos	Horas	Días	Meses	Años	Años cumplidos		
	Para menores de 28 días anote:				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	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:									
	10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
			30 ZONA		CRISTIANO		CRISTIANO			
	10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano				
129100										
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 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
						12.1 Trabajaba Sí <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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input 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				
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 médica pública <input type="radio"/> 8	HOSPITAL	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 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	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad						
		ZONA		UNIVERSITARIO						
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano					
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día 17 Mes 09 Año 2018	Horas 10	Minutos 09	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input 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 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.)							Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
a) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica										
{ b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica										
c) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica										
d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica										
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso 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?	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	
			No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4							
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	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)								
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido						
25. CERTIFICADA POR		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 type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
		*Especifique					Número de la cédula profesional			
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 Tipo de asentamiento humano			
		AVENIDA UNIVERSITARIO		VENUSTIANO CARRANZA	395		ZONA			
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad						
SANTO DOMINGO										
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono						
SAN LUIS POTOSI										
31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.3 Entidad federativa			32.4 Día			
		32.1 Localidad					Mes			
32.2 Municipio o delegación		32.4 Día			32.5 Mes	Año				
32.3 Entidad federativa										
32.4 Día										
32.5 Mes										
32.6 Año										
32.7										
32.8										
32.9										
32.10										
32.11										
32.12										
32.13										
32.14										
32.15										
32.16										
32.17										
32.18										
32.19										
32.20										
32.21										
32.22										
32.23										
32.24										
32.25										
32.26										
32.27										
32.28										
32.29										
32.30										
32.31										
32.32										
32.33										
32.34										
32.35										
32.36										
32.37										
32.38										
32.39										
32.40										
32.41										
32.42										
32.43										
32.44										
32.45										
32.46										
32.47										
32.48										
32.49										
32.50										
32.51										
32.52										
32.53										
32.54										
32.55										
32.56										
32.57										
32.58										
32.59										
32.60										
32.61										
32.62										
32.63										
32.64										
32.65										
32.66										
32.67										
32.68										
32.69										
32.70										
32.71										
32.72										
32.73										
32.74										
32.75										
32.76										
32.77										
32.78										
32.79										
32.80										
32.81										
32.82										
32.83										
32.84										
32.85										
32.86										
32.87										
32.88										
32.89										
32.90										
32.91										
32.92										
32.93										
32.94										
32.95										
32.96										
32.97										
32.98										
32.99										
32.100										
32.101										
32.102										
32.103										
32.104										
32.105										
32.106										
32.107										
32.108										
32.109										
32.110										
32.111										
32.112										
32.113										
32.114										
32.115										
32.116										
32.117										
32.118										
32.119										
32.120										
32.121										
32.122										
32.123										
32.124										
32.125										
32.126										
32.127										
32.128										
32.129										
32.130										
32.131										
32.132										
32.133										
32.134										
32.135										