



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180648044

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Jose Raul</i>	Nombre(s)	Primer Apellido <i>Garcia</i>	Segundo Apellido							
		2. FECHA DE NACIMIENTO <i>1991-01-19</i>	Día	Mes	Año							
		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>SLP</i>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)								
		5. CURP <i>LCPJ199101191710</i>	Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora <input type="radio"/> 9						
		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 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 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Casado(a) <input type="radio"/> 5						
		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>106</i>	10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>	10.2 Nombre de la vialidad <i>Hogares populares</i>	10.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 10.4 Núm. Interior <input type="radio"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano <i>SLP</i>	10.6 Nombre del asentamiento humano						
		10.7 Código Postal <i>70000</i>	10.8 Localidad <i>10.9 Municipio o delegación <i>San Luis Potosí</i></i>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
DE LA DEFUNCIÓN		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 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							
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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									
		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"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99							
		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	15.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 15.4 Núm. Interior <input type="radio"/> 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 <i>11-41-2018 18:00</i>	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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) <i>Choque septicó</i> Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) <i>Neumonía intra hospitalaria</i> Debido a (o como consecuencia de)									
		c) <i>Infección intestinal citomegalovirus</i> Debido a (o como consecuencia de)	d) <i>Histoplasmosis cerebral</i> Debido a (o como consecuencia de)									
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	<i>Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</i> <i>Virus de Inmunodeficiencia Humana</i>									
MUERTE 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 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				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
		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	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Area industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	22.7.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="radio"/> 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	
DEL INF.		23. NOMBRE Nombre(s) <i>Jose Raul</i>	Primer Apellido <i>Garcia</i>	Segundo Apellido				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
		25. CERTIFICADA POR 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	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				Número de la cédula profesional				
DEL CERTIFICANTE		27. NOMBRE Nombre(s) <i>Jose Raul Garcia</i>	Primer Apellido	Segundo Apellido				28. FIRMA				
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 29.4 Núm. Interior <input type="radio"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3	
DEL REG. CIVIL		31.1 Acta Núm. Núm. _____, Libro Núm. _____	31.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 2 Año <input type="radio"/> 3						
ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^{RA} COPIA PARA INTEGRARLA												

180648044