



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

180653084

DE LA DEFUNCIÓN		DETALLES DEL FALLECIDO													
		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		PABLO		Primer Apellido		Avila		Segundo Apellido					
		2. FECHA DE NACIMIENTO		1806 1973		3. SEXO		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
		Día Mes Año				Opción		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
		5. CURP		AIDP730618MSPVZB09		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD					
						Opción		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 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			
				Minutos		Horas		Días		Meses		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		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)													
		10.1 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación			
		124		Colonia		Rivadavia		79617		Puerto		San Luis Potosí			
		10.10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10.10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10.10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10.10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10.10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10.10.6 Nombre del asentamiento humano			
		11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		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				Hogar <input type="radio"/> 1			
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		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		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		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 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		124		Colonia		15.1 Tipo de vialidad		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o delegación		15.2 Nombre de la vialidad	
		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa		15.9 Municipio o delegación	
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		2805 2018		1020		Horas Minutos		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"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
		Día Mes Año												Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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												7 meses	
		a) Debido a (o como consecuencia de)												Código CIE	
		b) Debido a (o como consecuencia de)													
		c) Debido a (o como consecuencia de)													
		d) 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												S 405	
		Disección													
		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS												20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:												L C 1 6 9	
		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	
		43 días a 11 meses		después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5									
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE												22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)		22.4.1 Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)					
		Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Otro <input type="radio"/> 8					
		Se ignora <input type="radio"/> 9				Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)		Se ignora <input type="radio"/> 9					
						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5							
		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 22.7.4 Núm. Interior	
														22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
														22.7.6 Nombre del asentamiento humano	

ENTREGUÉ EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (RCSA) Y LA 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN