



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
180653585  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Benigno</u> Primer Apellido <u>Rivera</u> Segundo Apellido <u>Rodriguez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>02</u> Año <u>1931</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP <u>1931021931030103</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Especificar _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Para menores de una hora _____ Para menores de un mes _____ Para menores de un año _____ Para personas de un año o más <u>57</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 09	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda <u>El Huizachal</u> 10.3 Núm. Exterior <u>10</u> Núm. Interior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rioverde</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 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"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica pública <input type="radio"/> 08 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 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 <u>15</u> Mes <u>08</u> Año <u>2011</u> Hora <u>18</u> Minutos <u>01</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Falta de oxígeno múltiple</u> b) <u>Intoxicación por paracetamol</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> 19.1 Nombre de la unidad médica _____ 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 19.3 Número de seguridad social o afiliación _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Causas antecedentes Estados patológicos, si existieron, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo a) <u>Falta de oxígeno múltiple</u> b) <u>Intoxicación por paracetamol</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> 20.1 Nombre de la unidad médica _____ 20.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 20.3 Número de seguridad social o afiliación _____	
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"/> 01 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 21.4 Nombre de la unidad médica _____ 21.5 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 21.6 Número de seguridad social o afiliación _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.4 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.5 Nombre de la unidad médica _____ 22.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 22.7 Número de seguridad social o afiliación _____	
22.7.1 Tipo de vitalidad _____ 22.7.2 Nombre de la vitalidad _____ 22.7.3 Núm. Exterior <u>22</u> Núm. Interior _____ 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 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ 27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jorge Arturo</u> Primer Apellido <u>Gutiérrez</u> Segundo Apellido <u>Ríos</u> 28. FIRMA _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 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 _____ Mes _____ Año _____ 31.1 Acta Núm. _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

180653585

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

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