



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180654827

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Martín Hernández	Santiago.	
2. FECHA DE NACIMIENTO		Nombre(s)	Primer Apellido	
Día	Mes	Año	Segundo Apellido	
13	07	1986	Santiago.	
3. SEXO		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
			Burzaco Potosí	
5. CURP		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
HESM860713HSPN207		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"/> 99	Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
7. NACIONALIDAD		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	
		Minutos	Horas	
		Para menores de un mes	Para menores de un año	
		Días	Meses	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				
9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5	
		En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Colle	Nras Héroes	
48		Colonia	Río Hondo	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	
79850		10.6 Nombre del asentamiento humano	Tampamolos Corales San Luis Potosí	
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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input checked="" type="radio"/> 9	Secundaria <input type="radio"/> 5	
		Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99 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		
Jornalero.				
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"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		24131360114		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 5 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Hospital General Cd Valles SP SSA 000350		
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		15.1 Tipo de vialidad		
Calle		Carretera	Mexico Laredo	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	
79090		Fraccionamiento	Cd Valles	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	
			15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
10032018 2315		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
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.)		19.1 Especifica si la muerte ocurrió durante:		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
PARTE I		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		6 hrs
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Usa 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		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
a)		Debido a (o como consecuencia de) <i>Lesión Cerebral / Anoxia</i>		
b)		Debido a (o como consecuencia de) <i>Tumor Cerebral</i>		2 días
c)		Debido a (o como consecuencia de) <i>Intercos por VNA</i>		7 días
d)				
PARTE II				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas pronias del embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
21.1 Especifica si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Código CIE
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3				
43 días a 11 meses 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(fa) fallecido(a)
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?		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 Rancho o parcela <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8
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		Hernández	Mestizo	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Espouse
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		Dr. Guadalupe		6124789
Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional
Secretaría de Salud				
27. NOMBRE		28. FIRMA		
Dr. Luis Enrique Hernández Jiménez				
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
Calle		79090	Cd Valles	29.4 Núm. Interior
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano
Cd Valles				
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
Núm. _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad		
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD