



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

Modelo 2017.1

FOLIO

180656975

LOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>AUBREO SIO</u>		Primer Apellido <u>LOZANO</u>		Segundo Apellido <u>Gonzalez</u>											
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP											
Día <u>03</u> Mes <u>12</u> Año <u>1945</u>		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Hidalgo</u>		LOGA451207MHSZM04 Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>99</sub>											
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL											
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>1</sub> Otra <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> → Especifique _____		Para menores de una hora _____ Minutos _____		Separado(a) <input type="checkbox"/> O <sub>6</sub> En unión libre <input type="checkbox"/> O <sub>4</sub> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> O <sub>3</sub> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>4</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>											
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano					
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		<u>S/N</u>		<u>Ejido San Francisco</u>		<u>Ejido San Francisco</u>		<u>79967</u>		<u>Ejido San Francisco</u>		<u>Tlaxcualteca</u>		<u>San Luis Potosí</u>			
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:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación									
Ninguna <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> Preescolar <input type="checkbox"/> O <sub>12</sub> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>3</sub> Secundaria <input type="checkbox"/> O <sub>5</sub> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> O <sub>7</sub> Profesional <input type="checkbox"/> O <sub>8</sub> Posgrado <input type="checkbox"/> O <sub>10</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>99</sub>		Completa <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>2</sub>		<u>Camionero</u>		Ninguna <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> ISSSTE <input type="checkbox"/> O <sub>3</sub> SEDENA <input type="checkbox"/> O <sub>5</sub> Seguro Popular <input type="checkbox"/> O <sub>7</sub> Otra <input type="checkbox"/> O <sub>8</sub> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>2</sub> PEMEX <input type="checkbox"/> O <sub>4</sub> SEMAR <input type="checkbox"/> O <sub>6</sub> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> O <sub>10</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>99</sub>		<u>11644531383</u>									
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		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		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> IMSS <input type="checkbox"/> O <sub>3</sub> PEMEX <input type="checkbox"/> O <sub>5</sub> SEMAR <input type="checkbox"/> O <sub>7</sub> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> ISSSTE <input type="checkbox"/> O <sub>4</sub> SEDENA <input type="checkbox"/> O <sub>6</sub> Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> O <sub>8</sub>		Unidad médica privada <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		<u>S/N</u>		<u>Ejido San Francisco</u>		<u>S/N</u>		<u>Ejido San Francisco</u>		<u>06 04 2018 14 40</u>		Sí <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>1</sub> No <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>			
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			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Sí <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> No <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>2</sub>															
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19.3 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.4 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.5 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.6 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.7 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.8 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Código CIE															
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		21.5 Uso exclusivo del personal codificador							
El embarazo <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> El parto <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> El puerperio <input type="checkbox"/> O <sub>3</sub> Si <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> No <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		43 días a 11 meses		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> O <sub>5</sub> Si <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> No <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		Si <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> No <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		Si <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> No <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		2 mes.		Código CIE					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)									
Accidente <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> Homicidio <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Suicidio <input type="checkbox"/> O <sub>3</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		Si <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> No <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		Vivienda particular <input type="checkbox"/> O <sub>0</sub> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> O <sub>1</sub> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub>		Área deportiva <input type="checkbox"/> O <sub>3</sub> Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> O <sub>4</sub> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> O <sub>5</sub>		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> O <sub>6</sub> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> O <sub>7</sub> Otro <input type="checkbox"/> O <sub>8</sub> Se ignora <input type="checkbox"/> O <sub>9</sub>		Uso exclusivo del personal codificador							
23. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		23.1 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.2 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		23.3 NOMBRE		23.4 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
23.5 Domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		23.6 Tipos de vialidad		23.7 Número de la vialidad		23.8 Localidad		23.9 Municipio o delegación		23.10 Entidad federativa							
23.11 Número de la cédula profesional		23.12 Firma		23.13 Número de la cédula profesional		23.14 Firma		23.15 Número de la cédula profesional		23.16 Firma							
23.17 Del Inf.		23.18 NOMBRE		23.19 CERTIFICADA POR		23.20 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		23.21 Número de la cédula profesional		23.22 Firma							
23.23 Personas autorizadas por la Secretaría de Salud		23.24 Autoridad civil*		23.25 Otro médico*		23.26 *Especifique		23.27 NOMBRE		23.28 Firma							
23.29 Domicilio y Teléfono		23.30 Domicilio y Teléfono		23.31 Número de la vialidad		23.32 Código Postal		23.33 Localidad		23.34 Municipio o delegación							
23.35 Número de la cédula profesional		23.36 Firma		23.37 Número de la cédula profesional		23.38 Firma		23.39 Número de la cédula profesional		23.40 Firma							
23.41 Número de la cédula profesional		23.42 Firma		23.43 Número de la cédula profesional		23.44 Firma		23.45 Número de la cédula profesional		23.46 Firma							
23.47 Número de la cédula profesional		23.48 Firma		23.49 Número de la cédula profesional		23.50 Firma		23.51 Número de la cédula profesional		23.52 Firma							
23.53 Número de la cédula profesional		23.54 Firma		23.55 Número de la cédula profesional		23.56 Firma		23.57 Número de la cédula profesional		23.58 Firma							
23.59 Número de la cédula profesional		23.60 Firma		23.61 Número de la cédula profesional		23.62 Firma		23.63 Número de la cédula profesional		23.64 Firma							
23.65 Número de la cédula profesional		23.66 Firma		23.67 Número de la cédula profesional		23.68 Firma		23.69 Número de la cédula profesional		23.70 Firma							
23.71 Número de la cédula profesional		23.72 Firma		23.73 Número de la cédula profesional		23.74 Firma		23.75 Número de la cédula profesional		23.76 Firma							
23.77 Número de la cédula profesional		23.78 Firma		23.79 Número de la cédula profesional		23.80 Firma		23.81 Número de la cédula profesional		23.82 Firma							
23.83 Número de la cédula profesional		23.84 Firma		23.85 Número de la cédula profesional		23.86 Firma		23.87 Número de la cédula profesional		23.88 Firma							
23.89 Número de la cédula profesional		23.90 Firma		23.91 Número de la cédula profesional		23.92 Firma		23.93 Número de la cédula profesional		23.94 Firma							
23.95 Número de la cédula profesional		23.96 Firma		23.97 Número de la cédula profesional		23.98 Firma		23.99 Número de la cédula profesional		23.100 Firma							
23.101 Número de la cédula profesional		23.102 Firma		23.103 Número de la cédula profesional		23.104 Firma		23.105 Número de la cédula profesional		23.106 Firma							
23.107 Número de la cédula profesional		23.108 Firma		23.109 Número de la cédula profesional		23.110 Firma		23.111 Número de la cédula profesional		23.112 Firma							
23.113 Número de la cédula profesional		23.114 Firma		23.115 Número de la cédula profesional		23.116 Firma		23.117 Número de la cédula profesional		23.118 Firma							
23.119 Número de la cédula profesional		23.120 Firma		23.121 Número de la cédula profesional		23.122 Firma		23.123 Número de la cédula profesional		23.124 Firma							
23.125 Número de la cédula profesional		23.126 Firma		23.127 Número de la cédula profesional		23.128 Firma		23.129 Número de la cédula profesional		23.130 Firma							
23.131 Número de la cédula profesional		23.132 Firma		23.133 Número de la cédula profesional		23.134 Firma		23.135 Número de la cédula profesional		23.136 Firma							
23.137 Número de la cédula profesional		23.138 Firma		23.139 Número de la cédula profesional		23.140 Firma		23.141 Número de la cédula profesional		23.142 Firma							
23.143 Número de la cédula profesional		23.144 Firma		23.145 Número de la cédula profesional		23.146 Firma		23.147 Número de la cédula profesional		23.148 Firma							
23.149 Número de la cédula profesional		23.150 Firma		23.151 Número de la cédula profesional		23.152 Firma		23.153 Número de la cédula profesional		23.154 Firma							
23.155 Número de la cédula profesional		23.156 Firma		23.157 Número de la cédula profesional		23.158 Firma		23.159 Número de la cédula profesional		23.160 Firma							
23.161 Número de la cédula profesional		23.162 Firma		23.163 Número de la cédula profesional		23.164 Firma		23.165 Número de la cédula profesional		23.166 Firma							
23.167 Número de la cédula profesional		23.168 Firma		23.169 Número de la cédula profesional		23.170 Firma		23.									