



329

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

Modelo 2017.1

FOLIO

180657373

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	SEFERINO HERNANDEZ		Primer Apellido	ANTONIO					
	2. FECHA DE NACIMIENTO	16041944	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	MEXICANA			
	5. CURP	HEAS440416HSPRNF03		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)						
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	O 2 → Especifique				
	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	74 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"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/>			
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	CALLE 2 SIN BARRIO	10.1 Tipo de vialidad	PRINCIPAL 2 IXTLA SANTIAGO.	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						
	79997	IXTLA SANTIAGO	TAMAZONCHALE	SAN LUIS POTOSI						
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	NINGONA	Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	CALLE 2 SIN BARRIO.	15.1 Tipo de vialidad	PRINCIPAL IXTLA SANTIAGO.	15.2 Nombre de la vialidad					
	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano						
	79997	IXTLA SANTIAGO	TAMAZONCHALE	SAN LUIS POTOSI						
	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa						
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	06072018	1230	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
	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.)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)					20 min.				
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Debido a (o como consecuencia de)					3 meses.				
	c) Tubercolosis Pulmonar Debido a (o como consecuencia de)					3 meses.				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo										
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?	Uso exclusivo del personal codificador					
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>									
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	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(la) fallecido(a)					
	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	Homicidio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	(taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Granja <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	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	MACEDONIA	ANTONIO	CRISTINA	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	ESPOSA.						
	25. CERTIFICADA POR	Directora del centro de salud.					26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por el fallecido <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/>						7049328.			

557373