



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

Modelo 2017.1
FOLIO

180657511

 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Lidia Erasmo Hernández			
		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		103 08 1975		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
Día Mes Año						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		EAHL750803MSPRRD07		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:							
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad Calle Localidad		10.2 Nombre de la vialidad Prolongación Ramón el Jabali	
		S/N		Calle Localidad		San Antonio Huizquilco	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
799100				San Antonio Huizquilco		Xilitla	
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		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8		Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10		Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
						11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL							
						12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10		ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7		Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
						13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12	
		IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8				Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		S/N		15.1 Tipo de vialidad Calle Localidad		15.2 Nombre de la vialidad Prolongación Ramón el Jabali	
		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		San Antonio Huizquilco	
		799100		San Antonio Huizquilco		Xilitla	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
						S. L. P.	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		02 09 2018 07:00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año		Horas Minutos		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a)		Infarto agudo al miocardio				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 35 min	
Causas antecedentes						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
b)		Insuficiencia cardiaca				3 años	
c)							
d)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbososo que la produjo							
		Hipertensión arterial sistémica				7 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área Industrial <input type="checkbox"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2		Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5		Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?							
22.7 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		Martha Cayetano Erasmo				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		hija	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otra médico* <input type="checkbox"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4		Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5		Número de la cédula profesional 7434908			
*Especifique							
27. NOMBRE		Carmen Esmeralda Erasmo Hernández				28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Jul	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Calle Vicente Gómez		29.1 Tipo de vialidad 15		29.2 Nombre de la vialidad	
Centro							
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Núm. Exterior	
Colonia							
29.9 Núm. Interior							
29.5 Tipo de asentamiento humano							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							

180657511