



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

180657863

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Antonio		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 13 07 2012		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se <input type="radio"/> 3		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad Federativa (si nació en el extranjero) San Luis Potosí		5. CURP AL06AT11807123MSPLINSLXIX		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle No. de la vivienda Carretera 15.1		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 67		10.5 Tipo de asentamiento humano El Hijo		10.6 Nombre del asentamiento humano Tlaxiayuca		10.7 Código Postal 10.7		10.8 Localidad Tlaxiayuca	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 2 Secundaria <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Otra <input type="radio"/> 3		12.1 Trabajo <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		12.2 Ocupación habitual Se ignora <input type="radio"/> 99		12.3 Ocupación habitual Se ignora <input type="radio"/> 99		12.4 Ocupación habitual Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Seguro Popular <input type="radio"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 7		13.1 Número de afiliación social o afiliación 2418074595		13.2 Número de la vivienda 15.1		13.3 Número de seguridad social o afiliación 15.1		13.4 Número de la vivienda 15.1		13.5 Número de la vivienda 15.1	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 SEDEMA <input type="radio"/> 9		14.1 Tipo de defunción 15.1		14.2 Tipo de defunción 15.1		14.3 Tipo de defunción 15.1		14.4 Tipo de defunción 15.1		14.5 Tipo de defunción 15.1	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/N		15.1 Tipo de defunción 15.1		15.2 Tipo de defunción 15.1		15.3 Tipo de defunción 15.1		15.4 Tipo de defunción 15.1		15.5 Tipo de defunción 15.1	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 3 01 2 2 0 1 8 1 0 0 0 7		16.1 Tipo de defunción 15.1		16.2 Tipo de defunción 15.1		16.3 Tipo de defunción 15.1		16.4 Tipo de defunción 15.1		16.5 Tipo de defunción 15.1	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		17.1 Tipo de defunción 15.1		17.2 Tipo de defunción 15.1		17.3 Tipo de defunción 15.1		17.4 Tipo de defunción 15.1		17.5 Tipo de defunción 15.1	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		18.1 Tipo de defunción 15.1		18.2 Tipo de defunción 15.1		18.3 Tipo de defunción 15.1		18.4 Tipo de defunción 15.1		18.5 Tipo de defunción 15.1	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Síndrome de Insuficiencia respiratoria aguda b) Bronquitis c) Debido a (o como consecuencia de) d) Prematuridad extrema Displasia broncopulmonar		19.1 Tipo de defunción 15.1		19.2 Tipo de defunción 15.1		19.3 Tipo de defunción 15.1		19.4 Tipo de defunción 15.1		19.5 Tipo de defunción 15.1	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		20.1 Tipo de defunción 15.1		20.2 Tipo de defunción 15.1		20.3 Tipo de defunción 15.1		20.4 Tipo de defunción 15.1		20.5 Tipo de defunción 15.1	
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 3 21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.4 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.1 Tipo de defunción 15.1		21.2 Tipo de defunción 15.1		21.3 Tipo de defunción 15.1		21.4 Tipo de defunción 15.1		21.5 Tipo de defunción 15.1	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (talón, fábrica u obra) Granja <input type="radio"/> 7 (vía pública, etc.) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública) Área comercial o pública <input type="radio"/> 2 de servicio Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		22.1 Tipo de defunción 15.1		22.2 Tipo de defunción 15.1		22.3 Tipo de defunción 15.1		22.4 Tipo de defunción 15.1		22.5 Tipo de defunción 15.1	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 11118928		22.5 Tipo de defunción 15.1		22.6 Tipo de defunción 15.1		22.7 Tipo de defunción 15.1		22.8 Tipo de defunción 15.1		22.9 Tipo de defunción 15.1	
23. NOMBRE DOMINGA Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Dominga Almazo Antonio		23.1 Tipo de defunción 15.1		23.2 Tipo de defunción 15.1		23.3 Tipo de defunción 15.1		23.4 Tipo de defunción 15.1		23.5 Tipo de defunción 15.1	
24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) Madre		24.1 Tipo de defunción 15.1		24.2 Tipo de defunción 15.1		24.3 Tipo de defunción 15.1		24.4 Tipo de defunción 15.1		24.5 Tipo de defunción 15.1	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 25.1 Tipo de defunción 15.1		25.1 Tipo de defunción 15.1		25.2 Tipo de defunción 15.1		25.3 Tipo de defunción 15.1		25.4 Tipo de defunción 15.1		25.5 Tipo de defunción 15.1	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11118928		26.1 Tipo de defunción 15.1		26.2 Tipo de defunción 15.1		26.3 Tipo de defunción 15.1		26.4 Tipo de defunción 15.1		26.5 Tipo de defunción 15.1	
27. NOMBRE ALEJANDRA Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Alejandra Ruiz Martínez		27.1 Tipo de defunción 15.1		27.2 Tipo de defunción 15.1		27.3 Tipo de defunción 15.1		27.4 Tipo de defunción 15.1		27.5 Tipo de defunción 15.1	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de defunción 15.1		28.1 Tipo de defunción 15.1		28.2 Tipo de defunción 15.1		28.3 Tipo de defunción 15.1		28.4 Tipo de defunción 15.1		28.5 Tipo de defunción 15.1	
29. NOMBRE DEL ASIENTAMIENTO HUMANO Tamazun haje		29.1 Tipo de defunción 15.1		29.2 Tipo de defunción 15.1		29.3 Tipo de defunción 15.1		29.4 Tipo de defunción 15.1		29.5 Tipo de defunción 15.1	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 3 0 1 2 2 0 1 8		30.1 Tipo de defunción 15.1		30.2 Tipo de defunción 15.1		30.3 Tipo de defunción 15.1		30.4 Tipo de defunción 15.1		30.5 Tipo de defunción 15.1	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		31.1 Tipo de defunción 15.1		31.2 Tipo de defunción 15.1		31.3 Tipo de defunción 15.1		31.4 Tipo de defunción 15.1		31.5 Tipo de defunción 15.1	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad San Luis Potosí		32.1 Tipo de defunción 15.1		32.2 Tipo de defunción 15.1		32.3 Tipo de defunción 15.1		32.4 Tipo de defunción 15.1		32.5 Tipo de defunción 15.1	
33.1 Acta Núm. 180657863		33.1 Tipo de defunción 15.1		33.2 Tipo de defunción 15.1		33.3 Tipo de defunción 15.1		33.4 Tipo de defunción 15.1		33.5 Tipo de defunción 15.1	

*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

180657863

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