



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

Modelo 2017.TM
FOLIO

190667600

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190667600

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	J. Carmel Duran		Primer Apellido	Aguilar		Segundo Apellido	SPI									
		2. FECHA DE NACIMIENTO	120071969	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Zacatecas		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)								
5. CURP		DNUACI69071920H2SRGRO1		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana		Se ignora <input type="checkbox"/>									
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos	10.5		10. Se ignora <input type="checkbox"/>									
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="checkbox"/> 6	Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5									
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (s)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		En unión libre <input type="checkbox"/> 4		Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3	Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1									
10.3 Núm. Exterior 104		10.4 Núm. Interior Colonia		10.5 Tipo de asentamiento humano		San Luis Potosí		10.6 Nombre del asentamiento humano										
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		San Luis Potosí										
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1	Preescolar <input type="checkbox"/> 2	Primaria <input type="checkbox"/> 3	Secundaria <input type="checkbox"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="checkbox"/> 99									
Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> 7		Profesional <input type="checkbox"/> 5	Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input type="checkbox"/> 1	Incompleta <input type="checkbox"/> 2	Chofer		12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1									
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1	SSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 5	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación		Se ignora <input type="checkbox"/> 99									
IMSS <input type="checkbox"/> 2		PEMEX <input type="checkbox"/> 4	SEMAR <input type="checkbox"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	41067502612419690R		14. SITIO DONDE SUCEDE LA DEFUNCIÓN										
14. SITIO DONDE SUCEDE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1	IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2	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									
15. DOMICILIO DONDE SUCEDE LA DEFUNCIÓN		205	Colonia	Avenida	HGZ № 50		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Otro lugar <input type="checkbox"/> 12									
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Localidad	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa		Hogar <input type="checkbox"/> 11									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		22082019	11:31:25	15.11 Día	15.12 Año	15.13 Horas	15.14 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input 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.)		19.1 PARTE I Enfermedades, lesiones o accidentes que contribuyeron a la muerte, o la causa principal o secundaria, o la causa que se produjo en el lugar de la causa principal.										19.2 PARTE II Otras enfermedades o accidentes que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o accidente que se produjo.		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		19.4 Código CIE		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		20.1 Neumonía grave										20.2 3 semanas		20.3 7 días		20.4		
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?		21.4		21.5		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Área industrial <input type="checkbox"/> 6	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 6	Área deportiva (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)	22.4				
21.2.1 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1	Vivienda particular (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 0	Vivienda colectiva (vía pública) <input type="checkbox"/> 4	Otro <input type="checkbox"/> 8	22.4					
21.2.2 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.4					
21.2.3 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	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									
21.2.4 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Avenida	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			
21.2.5 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Prado de San Vicente	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa	22.7.11					
21.2.6 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.8 NOMBRE	22.9 NOMBRE	22.10 NOMBRE	22.11 NOMBRE	22.12 NOMBRE	22.13 NOMBRE	22.14 NOMBRE	22.15 NOMBRE			
21.2.7 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Maria Hermila	Diaz	Flores	España	Esparza	Esparza	Esparza	Esparza			
21.2.8 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	27. NOMBRE	28. FIRMA	29. DOMICILIO Y TELÉFONO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
21.2.9 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1	Médico legista <input type="checkbox"/> 2	Otro médico <input type="checkbox"/> 3	*Especifique	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
21.2.10 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5	Otro* <input type="checkbox"/> 6	Número de la cédula profesional	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa		
21.2.11 Fue un parto		43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año	29.15	29.16	29.17	29.18	29.19		