



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190675113

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s)	Propio Sanchez	Primer Apellido	Hernandez	Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	08071946	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Querétaro	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	5. CURP SAHP460708MQTNRR07	Se ignora <input type="radio"/> O99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> O1 Otra <input type="radio"/> O2 → 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 un año Meses	Para personas de un año o más 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"/> O6 En unión libre <input type="radio"/> O4 Divorciado(a) <input type="radio"/> O3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> O1	Viudo(a) <input type="radio"/> O2 Casado(a) <input type="radio"/> O5 Se ignora <input type="radio"/> O9		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) S/n	10.1 Tipo de vialidad Colonia	10.2 Nombre de la vialidad Aguascalientes				
	10.3 Núm. Exterior 791153	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano Ejido	10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí			
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación Ejido	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 2411062952			
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> O1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> O7	Preescolar <input type="radio"/> O12 Profesional <input type="radio"/> O8	Primaria <input checked="" type="radio"/> O3 Posgrado <input type="radio"/> O10	Secundaria <input type="radio"/> O5 Se ignora <input type="radio"/> O99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> O1 Incompleta <input type="radio"/> O2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> O1 IMSS <input type="radio"/> O2	ISSSTE <input type="radio"/> O3 PEMEX <input type="radio"/> O4	SEDENA <input type="radio"/> O5 SEMAR <input type="radio"/> O6	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> O7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O10	Otra <input type="radio"/> O8 Se ignora <input type="radio"/> O99	13.1 Número de seguridad social o afiliación 2411062952	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> O3 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O2 ISSSTE <input type="radio"/> O4	PEMEX <input type="radio"/> O5 Otra unidad pública <input type="radio"/> O8	SEMAR <input type="radio"/> O7 Unidad médica privada <input type="radio"/> O9	Hospital <input type="radio"/> O1 Centro Comunitario <input type="radio"/> O2 Ejido <input type="radio"/> O3	14.1 Nombre de la unidad médica SIPSSA 002770	Vía pública <input type="radio"/> O10 Otro lugar <input type="radio"/> O12 Hogar <input type="radio"/> O11 Se ignora <input type="radio"/> O99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN S/n	15.1 Tipo de vialidad Colonia	15.2 Nombre de la vialidad Pacencia					
15.3 Núm. Exterior 791160	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano Ejido	15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí				
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación Ejido	15.10 Entidad federativa San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12012019 18:15	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2 Se ignora <input type="radio"/> O9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2				
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) Neumonía adquirida en comunidad Debido a (o como consecuencia de)	b) Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de)	c) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 años.	Uso exclusivo del personal codificado Código CIE		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	d)			2 meses			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				2 años.			
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"/> O1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> O4	El parto <input type="radio"/> O2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O5	El puerperio <input type="radio"/> O3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2 Se ignora <input type="radio"/> O9	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2 Se ignora <input type="radio"/> O9	20 días.	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> O1 Accidente <input type="radio"/> O2 Suicidio <input type="radio"/> O3 Se ignora <input type="radio"/> O9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> O1 No <input type="radio"/> O2 Se ignora <input type="radio"/> O9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> O0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O2	Área industrial <input type="radio"/> O6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> O4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> O5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Granja <input type="radio"/> O7 Otro <input type="radio"/> O8 Se ignora <input type="radio"/> O9		
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 Nombre(s)	23. NOMBRE Nombre(s)	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> O1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O4	Médico legista <input type="radio"/> O2 Autoridad civil* <input type="radio"/> O5	Otro médico* <input type="radio"/> O3 Otro* <input type="radio"/> O8 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE Nombre(s)	27. NOMBRE Nombre(s)	28. FIRMA					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Pedroza	29.2 Nombre de la vialidad Ejido	29.3 Núm. Exterior 3 29.4 Núm. Interior 1055 29.5 Tipo de asentamiento humano Ejido					
29.6 Nombre del asentamiento humano Ejido	29.7 Código Postal 8452635228	29.8 Localidad Ejido					
29.9 Municipio o delegación Ejido	29.10 Entidad federativa San Luis Potosí	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12012019					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Ejido	33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Ejido					

 ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LC

DE SUJETOS OBLIGADOS

Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

DE LA DEFUNCIÓN

DE MUERTES ACCIDENTALES

Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL FALLECIDO