



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1  
**FOLIO**

190676048

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO												190676048		
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Rosa Imelos			ML26021			60420202356-230					
Nombre(s)														
2. FECHA DE NACIMIENTO			29 08 1974			Primer Apellido			Segundo Apellido					
Día		Mes		Año										
3. SEXO			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP														
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			7. NACIONALIDAD			Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/>					
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/>			Minutos <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/>			Se ignora <input type="radio"/> 99					
Para menores de 28 días anote:			8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):					
10. RESIDENCIA HABITUAL			Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad			Rosa Imelos Peña					
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano			10.2 Nombre de la vialidad					
791139			06			PL HULE			EDANO					
10.7 Código Postal			10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación			5. L. P.					
11. ESCOLARIDAD			Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>			11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
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 pública <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 99			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			16.1 Día			16.2 Mes			16.3 Año					
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			17.1 Sí <input type="radio"/> 17.2 No <input type="radio"/> 17.3 Se ignora <input type="radio"/>			17.4 Municipio o delegación			17.5 Vialidad					
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			Sí <input type="radio"/> 18.2 No <input checked="" type="radio"/>			18.3 Entidad federativa			18.4 Uso exclusivo del personal codificador					
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) <i>Sin nombre de dificultad respiratoria</i>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			b) <i>Debido a (como consecuencia de)</i>			c) <i>Debido a (como consecuencia de)</i>			d) <i>Debido a (como consecuencia de)</i>					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)			20.1 Uso exclusivo del personal codificador			20.2 Causa básica de defunción			20.3 Uso exclusivo del personal codificador					
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 trae complicaciones del embarazo, parto o puerperio?			21.3 Las causas anotadas complican el embarazo, parto o puerperio?					
El embarazo <input type="radio"/> 21.2 El parto <input type="radio"/> 21.3 El puerperio <input type="radio"/> 21.4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.5 Sí <input type="radio"/> 21.6 No <input type="radio"/>			21.4 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 21.5 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.6 Sí <input type="radio"/> 21.7 No <input type="radio"/>			21.7 21.8 21.9			21.10 Entidad federativa					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			22.2 Si ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)			22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias tuvieron en que surgió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			22.7 SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CU. VALLES, S.L.P. TRABAJO SOCIAL					
22.7.1 Uso exclusivo del personal codificador			22.7.2 Núm. Exterior			22.7.3 Núm. Interior			22.7.4 Nombre de la vialidad					
22.7.5 Tipo de asentamiento humano			22.7.6 Número de la asentamiento humano			22.7.7 Código Postal			22.7.8 Localidad					
22.7.9 Municipio o delegación			22.7.10 Entidad federativa			22.8.1 Uso exclusivo del personal codificador			22.8.2 Número de la cédula profesional					
22.8.3 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			22.8.4 Número de la cédula profesional			22.8.5 Firma			22.8.6 Uso exclusivo del personal codificador					
23. NOMBRE			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido					
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			24.1 Uso exclusivo del personal codificador			24.2 Número de la cédula profesional			24.3 Firma					
25. CERTIFICADA POR			Médico tratante <input type="radio"/> 25.1 Médico legista <input type="radio"/> 25.2 Otro médico <input type="radio"/> 25.3 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 25.4 Autoridad civil <input type="radio"/> 25.5 Otra <input type="radio"/> 25.6 *Especifique			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			26.1 Uso exclusivo del personal codificador					
27. NOMBRE			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido					
28. FIRMA			28.1 Uso exclusivo del personal codificador			28.2 Número de la cédula profesional			28.3 Firma					
29. DOMICILIO y TELÉFONO			29.1 Número de la vialidad			29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Número de la asentamiento humano					
REG. VIL			29.4 Número de la localidad			29.5 Tipo de asentamiento humano			29.6 Nombre del teléfono					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			30.1 Día			30.2 Mes			30.3 Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALÍA o JUZGADO			31.1 Uso exclusivo del personal codificador			31.2 Número de la vialidad			31.3 Nombre del teléfono					
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			32.1 Localidad			32.2 Uso exclusivo del personal codificador			32.3 Número de la cédula profesional					
33.1 Uso exclusivo del personal codificador			33.2 Número de la vialidad			33.3 Nombre del teléfono			33.4 Uso exclusivo del personal codificador					
DEL CERTIFICANTE			33.5 Número de la cédula profesional			33.6 Firma			33.7 Uso exclusivo del personal codificador					