



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190677095

356 - 415

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		RN		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP				Son Luis Potosí				
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9				
Sí <input type="radio"/> 1		Mexicana <input type="radio"/> 1		Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique				
No <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9						
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	06	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
		Minutos	Horas	Días		Meses	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"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	
						En unión libre <input type="radio"/> 4	Casado(a) <input type="radio"/> 5	
						Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
						Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		
				Calle N. Santos		Tamaulipas		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
				Terrazas		Tamaulipas		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
				Hospital C. de la Villa				
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 99		
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99			Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
	IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99			
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	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	
	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad						
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa		
		Casa N. Valles		Casa N. Valles		Tamaulipas		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación		15.11 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
		Hospital C. de la Villa				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día	Mes	Año	Horas	Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
						18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)								
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente								
a)	Debido a (o como consecuencia de)							
b)	Debido a (o como consecuencia de)							
c)	Debido a (o como consecuencia de)							
d)	Debido a (o como consecuencia de)							
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte								
Causas antecedentes Estados mórbicos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica								
Usa exclusivo del personal codificador Código CIE								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morboso que la produjo								
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	El puerperio <input type="radio"/> 3	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	
		43 días a 11 meses	después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto	Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
		Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4		
				No <input type="radio"/> 2	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	
				Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 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							
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				
		Casa N. Valles		Casa N. Valles				
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa				
		Hospital C. de la Villa		Tamaulipas				
23. NOMBRE	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	Residente				
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA				
29. DOMICILIO y TELÉFONO	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	29.11 Teléfono		
						1234567890		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Núm. Exterior	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Día Mes Año		
31.1 Acta Núm.	31.2 CICLO FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año		
31.3 Acta Núm.	31.4 FECHA DE CERTIFICACIÓN	31.5 Día Mes Año						

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



190677095