



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190677223

356-440

1. NOMBRE DE FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9	
RE530831Z01HSPSINJ04		Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	→ Especifique
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	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		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		
SIN				Calle	Janta Monica		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano		
				XIxtla	San Luis Potosí		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
				XIxtla			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	COMERCIANTE			Se ignora <input type="radio"/> 99
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1
						No <input type="radio"/> 2	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	2419065380
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública <input type="radio"/> 10	
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		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			15.6 Nombre del asentamiento humano	
Km 7		Franquicia	Ciudad Valles			San Luis Potosí	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa
			Unidad		Ciudad Valles		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.10 Entidad federativa			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día		Mes	Año	Horas	Minutos	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
						Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Causas de la defunción			19.2 Causas de la defunción		
PARTE I		a) Debido a (o como consecuencia de)			b) Debido a (o como consecuencia de)		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a)							
Causas antecedentes		c) Debido a (o como consecuencia de)			d) Debido a (o como consecuencia de)		
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
d)							
PARTE II		c) Debido a (o como consecuencia de)			d) Debido a (o como consecuencia de)		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron							
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?		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5				No <input type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4	
Accidente <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	(vía pública) <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 7	Se ignora <input type="radio"/> 9	
Suicidio <input type="radio"/> 3		No <input type="radio"/> 2	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5			
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 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		
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 del asentamiento humano		
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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Méjico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	*Especifique			Número de la cédula profesional
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8				
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
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				
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad				
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono				
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Día		Mes	Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Número _____, Libro Número _____		32.1 Localidad _____					
31.1 Acta Número _____		32.2 Municipio o delegación _____			32.3 Entidad federativa _____		
32.4 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

*SILA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190677223