



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

Modelo 2017.1
FOLIO

190681849

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

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTE ACCIDENTAL
Y VIOLENTAS

190681849

EG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Miguel Pérez		Primer Apellido		Rodríguez		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día 12 Mes 10 Año 1954	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		M A E P S H C I Z Z M S P B D 1 2 0 1 7		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora	
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	16	6	Se ignora	
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 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación			Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora	
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	Hospital General de Zaldívar	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Avenida <input type="radio"/> 157 Núm. Exterior	Hospital <input type="radio"/> 15.4 Núm. Interior	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		11 10 2012	10 01 11	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	
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa	15.11 Entidad federativa		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa	15.11 Entidad federativa	15.12 Entidad federativa	15.13 Entidad federativa		
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)		Nefronia Apendicitis 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)								
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Diabetes Mellitus								
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 fueron complicaciones normales del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
43 días a 11 meses		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4							Código C			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)				
22.2.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9					
22.2.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Oficina, oficina, etc. <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 4	Granja o parcela <input type="radio"/> 7					
22.2.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Oficina, oficina, etc. <input type="radio"/> 1		Otro <input type="radio"/> 8	Otro <input type="radio"/> 8					
22.2.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Oficina, oficina, etc. <input type="radio"/> 1		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 motivo en que se produjo 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		22.8.1 Tipo de vialidad		22.8.2 Nombre de la vialidad			
23. NOMBRE		Miguel Pérez	de la Cruz	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Temo				
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 4		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	7843300					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique	Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		Miguel Pérez		28. FIRMA						
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Avenida	Villanueva Amador	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.1 Tipo de vialidad		17181413151	112	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o delegación			
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día	Mes	Año	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								