



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

100

190681856

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	María Isabel		Primer Apellido	Ramos	Segundo Apellido							
	Nombre(s)											
2. FECHA DE NACIMIENTO	19	11	1963	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	SURI431119MSPRMS06			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <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	Para menores de un año	Para personas de un año o más	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9				
Para menores de 28 días anote:	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.6 Nombre del asentamiento humano	Especifique					
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			Calle 105 Colonia San Luis Potosí	Lago	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.11 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Hogar	10.12 Vía pública	Otro lugar	Se ignora <input type="radio"/> 9				
Bachillerato o preparatoria	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	10.13 Número de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11 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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3 Número de seguridad social o afiliación							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			Hospital General de Soledad	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida 1112 Colonia 78344			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	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	14	10	2020	30	06	44	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
Día	Mes	Año	Horas	Minutos			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				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 Parte I: Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (a) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía Atípica (b) Debido a (o como consecuencia de) (c) Debido a (o como consecuencia de) (d) Debido a (o como consecuencia de)							19.2 Parte II: Hipertensión Arterial Sistémica (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)	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	Código CIE											
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 propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Uso exclusivo del personal codificador						
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	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 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	21.5 Uso exclusivo del personal codificador					
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(fa) fallecido(a)						
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8						
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	Martin Rodriguez			Primer Apellido	Moreno	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 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8			*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
27. NOMBRE	Lucia Susana Orduna Torcas			Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA	3272274	Número de la cédula profesional				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Avenida Valentín Amador 1112 Genoveva Rivas Guillén 78346			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 Número del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Día	29.13 Mes	29.14 Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO											
32.1 Localidad												