



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

Modelo 2017

FOLIO

200629626

620062962

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan Alvarez Delgado		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
0181121119316		Dia	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD							
AHMDJ1316112018HSAZLN018		Se ignora <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>						
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				
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Separado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input checked="" type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad							
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle 105		Benjamin Argumedo							
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano							
17819321		Código Postal		Código Postal							
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía							
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL							
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2							
Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99		Desempleado							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8						
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		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		SEMAR <input type="radio"/> 7		Hospital General de Soledad							
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	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad							
Avenida 1112		Colonia 178346		Valentín Amador							
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano							
17819321		15.7 Código Postal		Cerro Nuevo Rivas Guillén							
15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa							
Soledad de Grau en San Luis Potosí		Soledad de Grau en San Luis Potosí		San Luis Potosí							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?							
24 10 1920 12 00 0151317		Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	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.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE									
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		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?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses		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	4 días	4 días
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		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?		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 <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle, carretera o vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
Catalino Alvarez Salazar		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
25. CERTIFICADA POR		27. NOMBRE		28. FIRMA							
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Lucia Susana Orduna Torres		3272274 Número de la cédula profesional							
Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		* Especifique		Firma							
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior							
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.5 Tipo de asentamiento humano							
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad	Día	Mes	Año							