



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

14-1-1-2013 6

FOLIO

200631478

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Ma. del Carmen		García		Oviedo									
			Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido									
2. FECHA DE NACIMIENTO			07/01/1962		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO									
			Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 3	San Luis Potosí							
5. CURP			6A0C621007MSPRVR00		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD									
					Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1							
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	10.57	Se ignora <input type="radio"/> 99			
											Años cumplidos					
9. ESTADÍSTICA			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		10. RESIDENCIA HABITUAL					
									Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5					
									En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1	10.1 Tipo de vivienda				
											Insurgentes	10.2 Nombre de la vivienda				
											San Miguel	10.6 Nombre del asentamiento humano				
11. ESCOLARIDAD			Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12. Ocupación Habitual	10.7 Código Postal						
			Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99					
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	10.8 Localidad							
			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		10.9 Municipio o Alcaldía							
14. SÍTIOS 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	Hospital General Rioverde	Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	10.10 Entidad federativa						
			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	14.1 Nombre de la unidad médica	10.11 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			SN	Calle	15.1 Tipo de vialidad	colonia	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			
			79610	Rioverde	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	Rioverde	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			San Luis Potosí				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18012020	0630	Dia 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 checked="" 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 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente													
			19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo													
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			20.1 Causa básica de defunción													
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?													
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?													
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	No <input type="radio"/> 2	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
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													
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión													
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.4.1 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)												
Accidente <input type="radio"/> 1			Vivienda particular <input type="radio"/> 0	22.4.2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (cancha o campo)												
Suicidio <input type="radio"/> 3			Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	22.4.3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)												
Se ignora <input type="radio"/> 9			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	22.4.4 Oficina o servicio <input type="radio"/> 5 (área comercial o de oficina)												
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			22.4.5 Otro <input type="radio"/> 8 (industrial, oficina, etc.)													
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			22.4.6 Se ignora <input type="radio"/> 9													
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			22.7.1 Tipo de vialidad													
22.7.2 Núm. Exterior			22.7.2 Nombre de la vialidad													
22.7.3 Núm. Interior			22.7.5 Tipo de asentamiento humano													
22.7.7 Código Postal			22.7.6 Nombre del asentamiento humano													
22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o Alcaldía													
22.7.10 Entidad federativa			22.7.10 Entidad federativa													
23. NOMBRE			Rosa María		García		Oviedo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Hermana					
			Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido									
25. CERTIFICADA POR			25.1 Número de la cédula profesional													
Médico tratante <input type="radio"/> 1			Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	25.2.1 3855221											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	25.2.2 Número de la cédula profesional											
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			26.2.1 *Especifique													
27. NOMBRE			Edith		Reynaga		Hernández		28. FIRMA		28.2.1 P.					
			Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido									
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			calle		Gema Esg Carrera Sanciro		SN		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
			29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		20012020					
			Centro		79610		Rioverde		29.9 Localidad		Día Mes Año					
			29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.10 Entidad federativa		29.11 Telefono							
			Rioverde		San Luis Potosí		48711110707									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO													
			32.1 Localidad													
Número _____ Libro Núm. _____			32.2 Municipio o Alcaldía													
31.1 Acta Núm. _____			32.3 Entidad federativa													
			32.4 Día Mes Año													

**ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD**

# INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

## INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurrir al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevárselas al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificador está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 0 5 0 3 2 0 1 6. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 9 9 9 2 0 1 0.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancho, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

## INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
6. **¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
8. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9 9 9. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.  
Para menores de 28 días de nacido: 8.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9. 8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
9. **ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
10. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
11. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
12. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
13. **AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
14. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
16. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 17:09.
18. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
19. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

20. 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)
Causas antecedentes	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b)
Parte II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	c)
		d)
<b>Peritonitis aguda</b>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Debido a (o como consecuencia de)		2 días
<b>Perforación del dudeno</b>		4 días
Debido a (o como consecuencia de)		3 años
<b>Úlcera duodenal</b>		Debido a (o como consecuencia de)
<b>Hipertensión arterial</b>		5 años
		Código CIE

**SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.

22.3. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincide o no con el sitio donde sucedió la defunción.

22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".

22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.

25-29. **DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificador es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).

30. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

## ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.