



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

Modelo 2017.1
FOLIO 227
200633318
200633318

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Lidia</u> Primer Apellido <u>Benito</u> Segundo Apellido <u>Ros</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>09</u> Mes <u>11</u> Año <u>1940</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		
5. CURP <u>BLFI41003222MHNELD06</u>		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 → Especifique <u>Se ignora</u> <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u>0</u> Minutos <u>0</u> Para menores de un día <u>0</u> Horas <u>0</u> Para menores de un mes <u>0</u> Días <u>0</u> Para menores de un año <u>0</u> Meses <u>0</u> Para personas de un año o más <u>0</u> Años cumplidos <u>0</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" 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 type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>sin</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>sin</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>sin</u> 10.3 Núm. Exterior <u>sin</u> 10.4 Núm. Interior <u>sin</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>sin</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>sin</u> 10.7 Código Postal <u>sin</u> 10.8 Localidad <u>sin</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>sin</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>sin</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 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: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>sin</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 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 <u>Hospital General de México</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>sin</u> 14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 14.4 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>sin</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>sin</u> 15.3 Núm. Exterior <u>sin</u> 15.4 Núm. Interior <u>sin</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>sin</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>sin</u> 15.7 Código Postal <u>sin</u> 15.8 Localidad <u>sin</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>sin</u> 15.10 Entidad federativa <u>sin</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>06</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> Horas <u>20</u> Minutos <u>00</u>		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		18. ¿SE PRÁCTICÓ 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de distress respiratorio agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>infección respiratoria aguda N-COL continuada 11 días</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus tipo II</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>11 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>sin</u>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 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 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>sin</u>		
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>sin</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>sin</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>sin</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>sin</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>sin</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>sin</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>sin</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>sin</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>sin</u> 22.7.7 Código Postal <u>sin</u> 22.7.8 Localidad <u>sin</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>sin</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>sin</u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Jonathan</u> Primer Apellido <u>Benito</u> Segundo Apellido <u>Ros</u> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nieto</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>9673105</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>José</u> Primer Apellido <u>Benito</u> Segundo Apellido <u>Ros</u> 28. FIRMA <u>(Firma)</u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>sin</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>sin</u> 29.3 Núm. Exterior <u>sin</u> 29.4 Núm. Interior <u>sin</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>sin</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>sin</u> 29.7 Código Postal <u>sin</u> 29.8 Localidad <u>sin</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>sin</u> 29.10 Entidad federativa <u>sin</u> 29.11 Teléfono <u>sin</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>06</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>sin</u> Libro Núm. <u>sin</u> 31.1 Acta Núm. <u>sin</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>sin</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>sin</u> 32.3 Entidad federativa <u>sin</u> 32.4 Día <u>sin</u> Mes <u>sin</u> Año <u>sin</u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD