



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

200635043

200635043
200635043
200635043
200635043

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO								
Día	mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	S.C.P.							
5. CURP			Se ignora <input type="radio"/> 99		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			89485 356-261					
BIRAC490723MSP													
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/> 9				
							Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Especifique				
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	968		Se ignora <input type="radio"/> 9			
			Minutos	Horas	Días	Meses							
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	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 type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9				
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)													
Sp			10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad								
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano					
					Co								
10.7 Código Postal			10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
					Tlaxcala								
11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL								
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1		Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	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					
			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)			Vía pública <input type="radio"/> 10			Otro lugar <input type="radio"/> 12		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7		HOSPITAL DE ZONA 0356								
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							Hogar <input type="radio"/> 11		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			15.6 Nombre del asentamiento humano					
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	Co Valles		Av. 1100			CD. VALLES						
15.7 Código Postal			15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa					
15.9 Tlaxcala					Tlaxcala			Tlaxcala					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			16.1 Día		16.2 Mes		16.3 Año		16.4 Horas		16.5 Minutos		
			16.1 18		16.2 02		16.3 2015		16.4 00		16.5 00		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			Si <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 type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte										
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			3100hrs										
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			a)	3000hrs									
			b)	6000hrs									
			c)	6000hrs									
			d)	6000hrs									
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo			P-21 P-22										
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?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN						
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		Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		
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		Código CIE		
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		Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		Uso exclusivo del personal codificado		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el fallecido con su medio ambiente de salud						
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1			Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ						
Accidente <input type="radio"/> 1			Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4		HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P.						
Homicidio <input type="radio"/> 2			Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		PABLO JO SOCI						
Suicidio <input type="radio"/> 3			Se ignora <input type="radio"/> 9		Otro <input type="radio"/> 8								
Se ignora <input type="radio"/> 9			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 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		22.7.6 Nombre del asentamiento humano						