



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

## FOLIO

200635468

200635468

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Rogelio Hernandez Reyes				
2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
16 09 1950	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	San Luis Potosi			
Día Mes Año	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
H E R R S O 0 9 1 6 H S P R Y G 0 2	Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →			
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
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos
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
				En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2
				Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Casado(a) <input type="radio"/> 5
				Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle Luna		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Fraccionamiento		125	Moctezuma	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
7 90 40		Ciudad Valles	Cd. Valles	San Luis Potosi	
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"/> 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	Comerciante			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMENA <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	Hospital General Valles		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	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	SP S P S A O 0 0 3 1 5 6	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Carretera Mexico Laredo Km. 7		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		
7 90 90		Fraccionamiento Oxitipa	Cd. Valles		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
1 90 72 0 20 20 35	Día Mes Año Horas Minutos	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <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.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a)	1 min			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b)	5 hrs			
	c)	3 días			
	d)				
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 Código CIE					
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?	Uso exclusivo del personal codificador		
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	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
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	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
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	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		
			Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)		
			Otro <input type="radio"/> 8		
			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			
22.7.7 Calle					