



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO
200636064200636054200636064200636064200636064
200636064
200636064200636054200636064200636064200636064

356-371

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nra. de la Cuz		Pereyra		Lopez		356-371	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
11 9 0 2 1 1 9 5 1 7		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Jalisco					
Dia Mes Año									
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD					
PEIILS70211441C2PZ01		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año	
		Minutos		Horas		Días		Meses	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						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 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
								Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
		Calle				Baleares 106 17			
M47		Colonia				Las Flores			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
71912152		cd Valles		cd. Valles		San Luis Potosí			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
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				12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación							
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									
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						Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
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							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.10 Entidad federativa	
510									
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
719090						17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
11 4 0 9 1 2 3 2 0 1 0 7 1 4 5		Dia Mes Año		Horas Minutos		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		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.)		19.1 Causa 1		19.2 Causa 2		19.3 Causa 3		19.4 Causa 4	
PARTE I		a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		b) Debiendo a (o como consecuencia de)		c) Debiendo a (o como consecuencia de)		d) Debiendo a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes		Síndrome de choles 10 p.m. cuando		Neumonía viral por virus 1002		17 horas		21 días	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica									
PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Diabetes Mellitus Tipo 2		70 años			
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?		21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		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		21.5 Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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(fa) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Granja <input type="radio"/> 7 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		22.7.1 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		22.7.10 Entidad federativa	
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(A) FALLECIDO(A)							
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO							
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		*Especifique		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA							
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
Calle		SIN		SIN		SIN		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Calle		719090		cd. Valles				11 4 0 9 2 0 2 0	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa						Dia Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
Número _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____							
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____		32.3 Entidad federativa _____				32.4 Dia Mes Año	
31.2 Acta Núm. _____		32.4 Dia Mes Año							

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