



1183

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017

5010

200636863

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		ELVIA	CAMACHO	REGALADO		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	24		
1 2 0 6 1 9 3 6	Día Mes Año	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	SAN LUIS POTOSI	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
C A R E 3 6 0 6 1 2 M S P M G L 0 0		Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → Especifique <input type="radio"/> 9		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> 0 8 4 Años cumplidos <input type="radio"/> 9
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 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		10.1 Tipo de vialidad		MONTE TAURO		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CALLE		10.2 Nombre de la vialidad		
LT3 MZ 17		FRACCIONAMIENTO		BUENOS AIRES		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.6 Nombre del asentamiento humano		
7 7 9 9 6		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		
10.7 Código Postal		TAMAZUNCHALE		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		SAN LUIS POTOSI		
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input checked="" 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		NO REMUNERADO - AMA DE CASA		
12.1 Trabajaba		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		12.2.1 Trabajaba		
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" 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		AOCM690601/60		13.2.1 Trabajaba		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
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		Tamazunchale		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		
SN		BOULEVARD		Boulevard Issste		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.6 Nombre del asentamiento humano		
7 9 9 6 0		PUEBLO		Tamazunchale		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
0 5 0 8 2 0 2 0 1 2 3 6		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
Día Mes Año		Horas		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.)		14.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		14.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		2. DIAS				
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		7 DIAS				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		1 AÑOS				
ENFERMEDAD RENAL CRONICA		40 AÑOS				
DIABETES MELLITUS TIPO 2		21.2.1 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3.1 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2.2.1 El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		
El embarazo <input type="radio"/> 1		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle, carretera u otra)		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		22.2.2.1 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4		Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2.2.2 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8		
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		22.2.2.3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		
22.2.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.2.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)				
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4		22.2.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				
22.2.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.2.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.2.8 Nombre de la vialidad		
22.2.8.1 Núm. Exterior		22.2.8.2 Núm. Interior		22.2.9 Municipio o Alcaldía		
22.2.8.3 Código Postal		22.2.8.4 Localidad		22.2.10 Entidad federativa		
22.2.8.5		22.2.8.6		22.2.8.7		