



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

EC

200636994

546

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Fidencio		Montes	Fernandez	
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	27	04	1955	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
Día	Mes	Año	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
5. CURP			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
HOFF550427HSPURDOL			Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
7. NACIONALIDAD	Mexicana <input 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	Para personas de un año o más
Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	165 Se ignora <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 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					
10.3 Núm. Exterior 79900			10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano
Xilitla				Xilitla	Xilitla
10.7 Código Postal			10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
10.9 Municipio o Alcaldía			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD					
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
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			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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	Se ignora <input type="radio"/> 99
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					
51			15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior 79900	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Xilitla	Xilitla	Xilitla
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	Xilitla	15.10 Entidad federativa	SLP.
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN					
05	06	2020	21	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Día	Mes	Año	Horas	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
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a)	Insuficiencia Respiratoria				
b)	Intoxicación por Agres químicos				
c)					
d)					
Causas antecedentes					
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 morbosos que la produjo					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
Uso exclusivo del personal codificador					
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	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
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)					
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 Código Postal					
22.7.8 Localidad					
22.7.9 Municipio o Alcaldía					
22.7.10 Entidad federativa					