



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Higinia		Rodríguez		Rojo	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
11 01 1922		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Hidalgo		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Día Mes Año							
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
RORH220111MHDJG04		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
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"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	
						Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
						Viudo(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
						Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Colonia		Emiliano Zapata			
S/N							
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
79930		Axtla de Terezas		Axtla de Terezas		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"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>		Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
O 1 O 7		O 12 O 8		O 3 O 10		O 5 O 99	
Completa <input type="radio"/>		Incompleta <input type="radio"/>				12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
						Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		Seguro Popular <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
O 1 O 2		O 3 O 4		O 5 O 6		O 7 O 10	
Otra unidad pública <input type="radio"/>		Unidad médica privada <input type="radio"/>					
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"/> Hogar <input type="radio"/>	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		Axtla de Terezas		Axtla		O 10 O 11	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/>		Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
136		Colonia		Axtla			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
79930		Axtla de Terezas		Axtla		San Luis Potosí	
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?			
22 06 2020		21 36		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Dia Mes Año		Horas Minutos					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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							
Causas antecedentes							
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
a)		Síndrome de dificultad respiratoria					
Debido a (o como consecuencia de)							
b)		Neumonía Bacteriana					
Debido a (o como consecuencia de)							
c)		Sospechoso Covid-19					
Debido a (o como consecuencia de)							
d)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo							
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:		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		43 días a 11 meses <input type="radio"/> No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>					
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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	