



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200637163

\*SILÁ DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Roberto Pérez		Goytacasa			
2. FECHA DE NACIMIENTO		20 10 1970	3. SEXO	Hombre	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Luis Potosí	
5. CURP		PEPER701020HSPRY800	6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si	7. NACIONALIDAD	Mexicano	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) 6 En unión libre 1	Viudo(a) 2 Divorciado(a) 3	Soltero(a) 1	Casado(a) 5 Se ignora 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Ande al domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.7 Código Postal		Zacatlán	bomanzchale	San Luis Potosí			
10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD		Ninguno 1 Bachillerato o preparatoria 7	Preescolar 12 Profesional 8	Primaria 3 Posgrado 10	Secundaria 5 Se ignora 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		Completa 6 Incompleta 1					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguno 1 IMSS 2 ISSSTE 3 SEDENA 4 SEMAR 5 PEMEX 6	Seguro Popular 7 IMSS PROSPERA 8	13.1 Número de seguridad social o clave de CLUES	13.2 Nombre de la unidad médica		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud 1 IMSS 2 PROSPERA 3 SIN 4	PEMEX 5 SEMAR 6 Otra unidad pública 7 Unidad médica privada 8	HL 44 Zacatlán	14.1 Nombre de la unidad médica		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Colonia					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		12 10 06 2020	16.3 Hora	16.4 Minuto	16.5 Tipo de asentamiento humano	16.6 Nombre del asentamiento humano	
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Si 1 No 2 Se ignora 99	17.1 Tipo de asistencia	17.2 Clave Unica de Establecimientos de Salud (CLUES)	17.3 Nombre de la vialidad	17.4 Entidad federativa	
18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Si 1 No 2 Se ignora 99	18.1 Fecha	18.2 Causa de la muerte	18.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	18.4 Código CIE	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evita usar más modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		a) Necesitó asistencia médica en la comunidad   Sospechosa Lumbago Debido a (otra/no causa conocida de)					
PARTE I		Causas antecedentes Estos morbosos, si estuvieron presentes, fueron causas que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en su mismo lugar la causa básica.					
b)		Debido a (o como consecuencia de)					
c)		Debido a (o como consecuencia de)					
d)							
PARTE II		Diabetes Mellitus tipo 2 Desnutrición crónica					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5					
21.2 Si la muerte ocurrió durante:		El parto 2 El embarazo 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5	21.3 Las causas anotadas fueron complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio?	21.4 Si 1 No 2 Se ignora 99	21.5 Si 1 No 2 Se ignora 99	21.6 Si 1 No 2 Se ignora 99	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1.1 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.1.2 Si 1 No 2 Se ignora 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Si 1 No 2 Se ignora 99	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22.1 Fue un presunto accidente		Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (estilo, oficina, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2	Area deportiva 3 Calle o carretera 4 Area comercial o de servicio 5	Area industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja 7 Otro 8	22.5 Si 1 No 2 Se ignora 99		
22.2 Si fue un presunto homicidio o suicidio		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 Nombre del asentamiento humano		
22.7.4 Núm. Exterior		22.7.5 Núm. Interior	22.7.6 Tipo de asentamiento humano	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE		Manuel Pérez	Goytacasa	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hijo menor		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante 1 Personas autorizada por la Secretaría de Salud 4	Médico legista 2 Autoridad civil* 5	Otro médico* 3 Otro* 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	6311546	
27. NOMBRE		Adelaida Gómez Pérez	28.1 Nombre	28.2 Nombre de la vialidad	28.3 Núm. Exterior	28.4 Núm. Interior	28.5 Tipo de asentamiento humano
28. DOMICILIO y TELÉFONO		28.1.1 Calle	28.1.2 Martín Lén 3	28.1.3 Colonia	28.1.4 SIN	28.1.5 Colonia	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		29.1.1 Número del asentamiento humano	29.1.2 San Luis Potosí	29.1.3 Código Postal	29.1.4 Localidad	29.1.5	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
31. REG. CIVIL		31.1.1 Libro Núm.	31.1.2 Tomo	31.1.3 Fecha	31.1.4 Día	31.1.5 Mes	31.1.6 Año
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1.1 Localidad	32.1.2 Municipio o Alcaldía	32.1.3 Entidad federativa	32.4.1 Día	32.4.2 Mes	32.4.3 Año
33. LUGAR Y FECHA DE FALLECIMIENTO		33.1.1 Localidad	33.1.2 Municipio o Alcaldía	33.1.3 Entidad federativa	33.4.1 Día	33.4.2 Mes	33.4.3 Año

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



200637163

DEL CERTIFICANTE

INF

DEL