



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

36
210829056 210829056 210829056 210829056 210829056 210829056

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		R. N <i>Martina Torre</i>		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="radio"/>	
		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	O 9	
8. EDAD CUMPLIDA		8.1 Edad en años	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
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	Se ignora <input type="radio"/>
Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	<input type="radio"/>
8.5 Para menores de 28 días anote:		8.6 ¿Folio del Certificado de Nacimiento:	8.7 Número de la vialidad:	8.8 Número de la vialidad:	8.9 Número de la vialidad:
		DRPH 160640 11	51	218	218
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle	Gardia	719240	10.5 Tipo de asentamiento humano
		Edificio	Rogelio Maravillas 29		Col. Valle
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
			Col. Valle		
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	12.1 Trabajaba	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	12.2 Ocupación:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> 1	12.3 Trabajaba	Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	
Profesional <input type="radio"/> 8	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <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"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital Civil de Valle	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/>
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	SIPSISS ACUAC B56		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	
		Carretera	Mexico y la ronda km 7		
		Franquicentro	Oxitino		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
			Auditor Valle	San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas
		16.5 Minutos		16.6	16.7
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17.1 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
PARTE I		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		17.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	17.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	
Causas antecedentes		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	19.1 Parte I	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.2 Causas antecedentes	19.3 Causas antecedentes	19.4 Causas antecedentes	
Causas antecedentes		Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)	
a)		Cincue. Mixt	Septis Neonatal	b)	
b)		Debido a (o como consecuencia de)	Neonatal	c)	
c)		Debido a (o como consecuencia de)	Síndrome de Aspiración de Merito	d)	
d)		Debido a (o como consecuencia de)	Alpertemian Pulmonar		
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20.1 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?	20.2 ¿Se practicó necropsia?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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?	
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	20.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
Accidente <input type="radio"/> 1		Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública) rancho o parcela <input type="radio"/> 7)	
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8
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	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad
		22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE		23.1 Nombre(s)	23.2 Primer Apellido	23.3 Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
DEL INF.	Eduardo		Mendoza	Garcia	Papa
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26.1 Número de la cédula profesional	
	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	26.2 FIRMA	
	*Especifique				
DEL REG. CIVIL	27. NOMBRE	28. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
	Fernanda Vega	Carretera Mexico y la ronda km 7			14/11/2020
		Fraccionamiento Oxitino	29.6 Número del asentamiento humano	29.7 Código Postal	Día Mes Año
		Auditor Valle	29.9 Municipio o Alcaldía	29.8 Localidad	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	29.10 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año
	Núm. _____, Libro Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa		
	31.1 Acta Núm. _____	32.4 Día Mes Año			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210829056

