



**SECRETARIA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

**FOLIO**  
210829517210829517210829517210829517  
**10829517** 210829517210829517210829517  
Z 210829517210829517210829517 Z 210829517

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Luz María		Vera	Manuela 356-519	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día 15	Mes Oct	Año 1913	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	San Luis Potosí
5. CURP				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD				
Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Mexicana <input type="radio"/> 1		
Se ignora <input type="radio"/> 9		Otra <input type="radio"/> 2		Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		
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
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input 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				
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		
				10.6 Nombre del asentamiento humano		
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:				
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	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	Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		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
		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		14.1 Nombre de la unidad médica				
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Vía pública <input type="radio"/> 10		
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Otro lugar <input type="radio"/> 12		
				Hogar <input type="radio"/> 11		
				Se ignora <input type="radio"/> 99		
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de Vialidad				
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.2 Nombre de la vialidad		
				15.6 Nombre del asentamiento humano		
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?				
Día 28	Mes 12	Año 2018	Horas 12	Minutos 00	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
					Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
PARTE I		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2				
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Se ignora <input type="radio"/> 9				
a) Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
Causas antecedentes		1:30				
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		30 dias				
{ b) Debido a (o como consecuencia de)		15 cm				
c) Debido a (o como consecuencia de)						
d) Debido a (o como consecuencia de)						
PARTE II		Código CIE				
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
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?	Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2
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		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2
				Uso exclusivo del personal codificador		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6			
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4			
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			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Se ignora <input type="radio"/> 9				
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		
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
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	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	*Especifique			
27. NOMBRE		28. FIRMA				
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	Día Mes Año		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Número _____, Libro Número _____		32.1 Localidad				
31. Acta Número _____		32.2 Municipio o Alcaldía				
		32.3 Entidad federativa				
		32.4 Día Mes Año				