



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210831194 210831194 210831194 210831194 210831194 210831194

REG. N° 210831194 DEL CERTIFICANTE DEL INF. DE LA DEFUNCIÓN DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL CERTIFICANTE REG. N°		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Élena Narváez Rentería.</i></p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <i>08/05/1939</i> 3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i> 5. CURP <i>NARE390508MSPRMLOZ</i> 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> 4 10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Domicilio permanente <i>211 Colonia 19 Industrial Aducción San Luis Potosí</i> 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: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Hogar</i> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 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 15.5 Tipo de asentamiento humano 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 16.1 Día 16.2 Mes 16.3 Año 16.4 Horas 16.5 Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) 19.1 PARTE I 19.2 PARTE II 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 21.5 Uso exclusivo del personal codificado Código CIE 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 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) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta numero: 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 23.1 Nombre(s) 23.2 Primer Apellido 23.3 Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 25. CERTIFICADA POR 25.1 Médico tratante 25.2 Médico legista 25.3 Otro médico* 25.4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 25.5 Autoridad civil* 25.6 Otro* 25.7 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Número de la cédula profesional 27. NOMBRE 27.1 Nombre(s) 27.2 Primer Apellido 27.3 Segundo Apellido 28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Domicilio 29.2 Teléfono 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 29.9 Municipio o Alcaldía 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 30.1 Día 30.2 Mes 30.3 Año</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--