



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210831581

210831581 210831581 210831581 210831581 210831581 210831581

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} Copia (KUSA) Y LA 2^{da} Copia (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA SU FICHA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		<i>Dioncio Martínez</i>		Primer Apellido	Años		
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
06/09/1938 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Son Lázaro Potosí				
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
<i>UAA0380906HSPRRM04</i>		Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
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	Se ignora <input type="radio"/> 9
Para menores de 28 días anota: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):				
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		<i>Calle Colonia Rincón de Xiquipan te</i>		<i>Mazatlán Progreso SUP SUP</i>			
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			
Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 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		Obra <input type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se Ignora <input type="radio"/> 9			
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		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		<i>HGS</i>		Hogar <input type="radio"/> 11 Se Ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda			
Av. 117 7813416		<i>Colonia SGS</i>		<i>Vallarta Amador Rivas Gullón SLP</i>			
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		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
17/11/2020 11:17:44		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99			
Día Mes Año Horas Minutos							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				Usa exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente		1 dia					
a) <i>Insuficiencia Respiratoria Aguda Severa</i> Debido a (o como consecuencia de)		3 días					
b) <i>Neuromus. Pbc SAES Card 2</i> Debido a (o como consecuencia de)		1 año					
c) <i>DMT Descarril</i> 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 estadio morbososo 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?		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 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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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 vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda			
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		<i>Gilberto Martínez</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		<i>Hijo</i>	
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 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil * <input type="radio"/> 5 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 6		Número de la cédula profesional <i>5461793</i>					
* Especifique		28. FIRMA					
27. NOMBRE		<i>Diana Claudia Margarita Ruiz</i>		29.1 Localidad			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.2 Nombre de la vivienda <i>Vallarta Amador</i>		29.3 Núm. Exterior <i>117</i>		29.4 Núm. Interior <i>Colonia</i>	
Av. Rivas Gullón 7813416		29.7 Código Postal <i>SLP</i>		29.8 Localidad <i>SGS</i>		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>SGS</i>		29.11 Teléfono <i>4448107600</i>		29.12 Entidad federativa <i>4448107600</i>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>17/11/2020</i>	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		32.3 Entidad federativa		32.4 Dia	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.5 Mes	
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Año	
31.1 Acta Núm. _____							
DEL REG. CIVIL							

ATENCIÓN: SI PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DIFERIÓ REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

210831581

