



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210835518

210835518 210835518 210835518 210835518 210835518 210835518 210835518 210835518 210835518 210835518 210835518 210835518

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana Se ignora Otra

→ 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

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

6

Viudo(a) Casado(a)

5

En unión libre

4

Divorciado(a)

3

Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

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

Ninguna Preescolar Primaria Secundaria

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Se ignora Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada Otra unidad médica pública

14.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública Otro lugar IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad médica pública

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

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

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b)

d)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

Debido a (o como consecuencia de)

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

RABAJO SLP

CD. VALLES, SLP

C. VILLENA

DEL RAY

MÉXICO

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo El parto El puerperio Sí No

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí No Sí No Sí No

43 días a 11 meses

después del parto o aborto

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Calle o carretera (rancho o parcela) Otro Granja

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

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 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

22.8. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante Médico legista Otro médico* Sí No

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil* Otro* Sí No

*Especifique

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO

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

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

29.9 Municipio o Alcaldía

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

29.12 Día

Mes

Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o Alcaldía

32.3 Entidad federativa

32.4 Día

32.5 Mes

32.6 Año

32.7 Acta Núm.

32.8 Acta Núm.

32.9 Acta Núm.

32.10 Acta Núm.

32.11 Acta Núm.

32.12 Acta Núm.

32.13 Acta Núm.

32.14 Acta Núm.

32.15 Acta Núm.

32.16 Acta Núm.

32.17 Acta Núm.

32.18 Acta Núm.

32.19 Acta Núm.