



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

210837174

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Marta Gómez Ueta		Segundo Apellido													
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO													
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	SLP											
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD													
G10476011129M5PCTR08		Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>											
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	160	Se ignora <input type="radio"/>											
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		10. RESIDENCIA HABITUAL											
				Separado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input checked="" type="radio"/>	10.1 Tipo de vialidad										
				En unión libre <input type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/>	10.2 Nombre de la vialidad										
						Francisco Lopez Velarde 304											
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)							
784317			SLP		SLP		SLP										
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	Hogar <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Vía pública <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/>		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	Hogar <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		15.6 Número del asentamiento humano						
14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día	Mes	Año	Horas	Minutos	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 Número del asentamiento humano	
15.0 FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00	15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00	15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00	15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00	15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00	15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00	15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00	15.01 15.02 15.03 15.04 15.05 15.06	15.07 15.08 15.09 15.00
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE															
PARTE I		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 ¿Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>								
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva (calle o carretera) <input type="radio"/>	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>										
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>										
PARTE II		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)														
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Vivienda particular <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>												
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>												
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)															
Ivonne Gutiérrez		Carlos		Espinoza													
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido														
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO															
Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/>	5461793														
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro* <input type="radio"/>	Número de la cédula profesional														
*Especifique																	
27. NOMBRE		28. FIRMA															
Diana Claudio Márquez Ruiz		Carlos															
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido														
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN															
Av		15.91.20.70	Día Mes Año														
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior														
Rivas Gómez		SGS	29.4 Núm. Interior														
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.5 Tipo de asentamiento humano														
SGS		784317	Colonia														
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	30.11 Teléfono														
29.11 Teléfono		SLP															
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO															
Núm., Libro Núm.		32.1 Localidad															
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa														
		32.4 Día	32.5 Mes														
		32.5 Año															

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