



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido													
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO															
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	SIN R. P. R. O. V. I.	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)												
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD															
C A C R S O O 8 3 0 N S P S S O 1		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 1		Se ignora <input type="radio"/> 9													
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes													
Minutos		Horas		Días		Para menores de un año													
Para personas de un año o más						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		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad													
S		COLONIA		Av. BENTO JUÁREZ		S. S. COYOTATO.													
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano													
789180		ARMADILLO DEL RIO INF.		ARMADILLO DEL RIO INF.		SAN LUIS POTOSI													
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 type="radio"/> 1		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		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2													
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica													
IMSS <input type="radio"/> 1		ISSSTE <input type="radio"/> 3		SEDENA <input type="radio"/> 5		Hospital General S. L. P.													
Salud		PEMEX <input type="radio"/> 4		SEMAR <input type="radio"/> 6		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10													
IMSS <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6		Se ignora <input type="radio"/> 99													
PROSPERA <input type="radio"/> 2		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9		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		15.6 Nombre del asentamiento humano													
1112		COLONIA		VIA LIAZON BANDERAS		GALERIA PLAZA GUILLON.													
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía													
1789436		S. L. P.		S. L. P.		15.10 Entidad federativa													
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		16.6		16.7 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		16.8 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
116012021		1		1		1		1		1954		1		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.)		19.1 PARTE I		19.2 Causas antecedentes		19.3 PARTE II		19.4		19.5		19.6		19.7		19.8		19.9	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencias Respiratorias Fatales.		Debido a (o como consecuencia de)		b) Neumonitis por Covi. D. 19		Debido a (o como consecuencia de)		c)		Debido a (o como consecuencia de)		d)		30/11/2021		30/11/2021	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica																			
20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		20.1 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		20.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		20.3 Sitio donde ocurrió la lesión		20.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)											
20.2.1 Fue un presunto accidente		20.2.2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)													
Accidente <input type="radio"/> 1		20.2.3 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera)													
Homicidio <input type="radio"/> 2		20.2.4 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)													
Suicidio <input type="radio"/> 3		20.2.5 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área comercial o pública <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8													
Se ignora <input type="radio"/> 9		20.2.6 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 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													
1112																			
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa													
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)											
A. M. S. A. B. A. S. E. Z.				C. O. S. T. I. I. O.				Hija.											
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico* <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO											
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		D. R. T. O. R. N. O.		Número de la cédula profesional											
*Especifique								3880579											
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA											
F. O. S. I. S. D. S. I. S. B. A. R. O. Y.								B. R. O.											
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									
C. O. S. T. I. I. O.		VIA LIAZON BANDERAS		1112		S. L. P.		S. L. P.		S. L. P.									
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono		29.11 Teléfono											
GALERIA PLAZA GUILLON.		1789436		S. L. P.															
S. L. P.		29.10 Entidad federativa																	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.11 Teléfono																	
S. L. P.		1112																	
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		32.6 Año													