



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210844904

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre ☒ 1

Mujer ☐ 2

Se ignora ☐ 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Se ignora ☐ 99

Si ☐ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana ☒ 1

Otra ☐ 2

Se ignora ☐ 9

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 ☐ 9

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) ☐ 2

Casado(a) ☐ 5

En unión libre ☐ 4

Divorciado(a) ☐ 3

Soltero(a) ☐ 1

Se ignora ☐ 9

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 ☐ 1

Preescolar ☐ 12

Primaria ☐ 3

Secundaria ☒ 5

Se ignora ☐ 99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa ☒ 1

Incompleta ☐ 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba

Si ☐ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐ 1

ISSSTE ☐ 3

SEDENA ☐ 5

Seguro Popular ☐ 7

Otra ☒ 8

Se ignora ☐ 99

IMSS ☐ 2

PEMEX ☐ 4

SEMAR ☐ 6

IMSS PROSPERA ☐ 10

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐ 1

IMSS ☐ 3

PEMEX ☐ 5

SEMAR ☐ 7

Unidad médica pública ☐ 8

Otra unidad médica privada ☐ 9

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Via pública ☐ 10

Otro lugar ☐ 12

Hogar ☐ 11

Se ignora ☐ 99

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

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

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

Si ☒ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si ☐ 1

No ☐ 2

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

PARTE I  
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Debido a (o como consecuencia de)

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

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d) Debido a (o como consecuencia de)

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

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

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

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo ☐ 1

El parto ☐ 2

El puerperio ☐ 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5

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

Si ☐ 1

No ☐ 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si ☐ 1

No ☐ 2

Uso exclusivo del personal codificador

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente ☐ 1

Homicidio ☐ 2

Suicidio ☐ 3

Se ignora ☐ 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si ☐ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐ 0

Área deportiva ☐ 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1

Calle o carretera (vía pública) ☐ 4

Escuela u oficina pública ☐ 2

Área comercial o de servicio ☐ 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6

Granja (rancho o parcela) ☐ 7

Otro ☐ 8

Se ignora ☐ 9

22.4 Anote la lesión o el presunto accidente que produjo la muerte

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

23. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

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

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante ☐ 1

Médico legista ☐ 2

Otro médico ☒ 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4

Autoridad civil ☐ 5

Otro ☐ 8

\*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

29.9 Municipio o Alcaldía

29.10 Entidad federativa

29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Día

Mes

Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. \_\_\_\_\_, Libro Núm. \_\_\_\_\_

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



210844904



VIGOS DE SALUD  
DE SAN LUIS POTOSÍ  
HOSPITAL GENERAL  
CD. VALLES, S.L.P.