



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

210846466

210846466 210846466 210846466 210846466 210846466
210846466 210846466 210846466 210846466 210846466
210846466 210846466 210846466 210846466 210846466
210846466 210846466 210846466 210846466 210846466

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
*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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210846466

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <i>Maria Santos Rojas</i>		Primer Apellido <i>Gutierrez</i>	Segundo Apellido <i>Gutierrez</i>		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Dia <i>22</i> Mes <i>09</i> Año <i>1991</i>	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
5. CURP				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <i>Xilitla</i>			
6. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/>	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/>	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/>	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/>		
8.1 Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL	7. NACIONALIDAD			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique <input type="radio"/>				
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>14</i> 10.1 Tipo de vialidad <i>Av. de la Paz</i>					
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior <i>799000</i>	10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Xilitla</i>	10.2 Nombre de la vialidad <i>Av. de la Paz</i>			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad <i>Ciudad Valles</i>	10.9 Municipio o Alcaldía <i>Hospital General Valles</i>	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i>			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input 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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 PEMEX <input type="radio"/> 4 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación <i>Ann de la Paz</i>		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General Valles</i>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <i>Ciudad Valles</i>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad <i>Ciudad Valles</i>	15.2 Nombre de la vialidad <i>Oxitipa</i>	15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Ciudad Valles</i>			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior <i>79090</i>	15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Oxitipa</i>	15.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad <i>Ciudad Valles</i>	15.9 Municipio o Alcaldía <i>Ciudad Valles</i>	15.11 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día <i>01</i> Mes <i>06</i> Año <i>2021</i> Horas <i>10</i> Minutos <i>15</i>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
			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			
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 <i>Inhalación respiratoria aguda</i>					
PARTE I		Debido a (o como consecuencia de)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>1 día</i>	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
a)							
b)							
c)							
d)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calla o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.2.1 Si la muerte 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		Primer Apellido <i>Eucario</i>		Segundo Apellido <i>Reyes</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s) <i>Eucario</i>							
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
				*Especifique		Número de la cédula profesional <i>11180388</i>	
27. NOMBRE		Nombre(s) <i>Mari del Carmen Luris Noguez</i>		28. FIRMA			
Nombre(s) <i>Mari del Carmen Luris Noguez</i>							
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
						29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Oxitipa</i>		29.7 Código Postal <i>79090</i>		29.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>		29.11 Teléfono	
29.9 Municipio o Alcaldía <i>Ciudad Valles</i>		29.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		32.2 Fecha de certificación	
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.2.1 Acta Núm. _____		32.2.2 Municipio o Alcaldía _____		32.2.3 Fecha _____	