



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
RAIL RIVERA (SUSCRIPCIÓN)
RAIL RIVERA ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.

EOLIO

210849152

210849152

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		<i>Hijo de Vanessa Rubí Rodríguez</i>			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 22/09/2021 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos Para menores de un día _____ Horas Para menores de un mes _____ Días 215		9. ESTADO CONYUGAL 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 checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>Calle Privada de las Torres</i> 2092		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad <i>Los Magayenes</i>	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <i>781100</i>		10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Colonia</i>		10.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	
10.7 Código Postal <i>38100</i>		10.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>		10.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" 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 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
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"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital De Niños Y La Mujer</i>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 2510		15.1 Tipo de vialidad <i>Boulevard</i>		15.2 Nombre de la vialidad <i>Antonio Rocha Cordero</i>	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <i>381364</i>		15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Franzia</i>		15.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Juan de Guadalupe</i>	
15.7 Código Postal <i>38100</i>		15.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>		15.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>	
15.10 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/10/2021 10:26		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Uso exclusivo del personal codificador	
a) <i>Falla Orgánica Multiple</i> Debido a (o como consecuencia de)					
b) <i>Hipertensión Arteria Pulmonar</i> Debido a (o como consecuencia de)					
c) <i>Nevrosis por Virus Sincitial Respiratorio</i> Debido a (o como consecuencia de)					
d) <i>Falla Renal Aguda</i> Debido a (o como consecuencia de)					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
21.4 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>3 días</i>		21.5 Uso exclusivo del personal codificador		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.6 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>11 días</i>		21.7 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>9 días</i>		21.8 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>10 días</i>	
21.9 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>9 días</i>		21.10 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>10 días</i>		21.11 Anote el intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>9 días</i>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <i>Amigo</i>		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 <i>22.6.1 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.6.2 Anote el tipo de vialidad 22.6.3 Anote el nombre de la vialidad 22.6.4 Anote el número exterior del asentamiento humano 22.6.5 Anote el nombre del asentamiento humano 22.6.6 Anote el código postal 22.6.7 Anote la localidad 22.6.8 Anote el municipio o alcaldía 22.6.9 Anote la entidad federativa</i>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <i>22.7.1 Anote el tipo de vialidad 22.7.2 Anote el nombre de la vialidad 22.7.3 Anote el número exterior del asentamiento humano 22.7.4 Anote el nombre del asentamiento humano 22.7.5 Anote el tipo de asentamiento humano 22.7.6 Anote el nombre del asentamiento humano 22.7.7 Anote el código postal 22.7.8 Anote la localidad 22.7.9 Anote el municipio o alcaldía 22.7.10 Anote la entidad federativa</i>		22.7.1 Anote el tipo de vialidad 22.7.2 Anote el nombre de la vialidad 22.7.3 Anote el número exterior del asentamiento humano 22.7.4 Anote el nombre del asentamiento humano 22.7.5 Anote el tipo de asentamiento humano 22.7.6 Anote el nombre del asentamiento humano 22.7.7 Anote el código postal 22.7.8 Anote la localidad 22.7.9 Anote el municipio o alcaldía 22.7.10 Anote la entidad federativa		22.7.1 Anote el tipo de vialidad 22.7.2 Anote el nombre de la vialidad 22.7.3 Anote el número exterior del asentamiento humano 22.7.4 Anote el nombre del asentamiento humano 22.7.5 Anote el tipo de asentamiento humano 22.7.6 Anote el nombre del asentamiento humano 22.7.7 Anote el código postal 22.7.8 Anote la localidad 22.7.9 Anote el municipio o alcaldía 22.7.10 Anote la entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) <i>Vanessa Rubí Rodríguez</i>		Primer Apellido <i>Hernández</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre <input type="radio"/> 1 Padre <input type="radio"/> 2 Hermano/a <input type="radio"/> 3 Esposo/a <input type="radio"/> 4	
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 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5659860		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) <i>César de la Torre Alonso</i>		28. FIRMA <i>S. S.</i>			
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <i>Boulevard</i>		29.2 Nombre de la vialidad <i>Antonio Rocha Cordero</i>		29.3 Núm. Exterior 2510	
29.4 Núm. Interior <i>Fraccionamiento</i>		29.5 Tipo de asentamiento humano <i>Franzia</i>		29.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>	
29.7 Código Postal <i>381364</i>		29.8 Localidad <i>San Luis Potosí</i>		29.9 Municipio o Alcaldía <i>San Luis Potosí</i>	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Anote el número de la cédula profesional	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/10/2021		30.1 Anote el número de la cédula profesional		30.2 Anote el nombre del asentamiento humano	
31.1 Acta Núm.		31.2 Lugar y Fecha de Registro 31.2.1 Localidad _____		31.2.2 Municipio o Alcaldía _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.3 Entidad federativa _____		31.2.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.5 Entidad federativa _____		31.2.6 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.7 Entidad federativa _____		31.2.8 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.9 Entidad federativa _____		31.2.10 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.11 Entidad federativa _____		31.2.12 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.13 Entidad federativa _____		31.2.14 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.15 Entidad federativa _____		31.2.16 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.17 Entidad federativa _____		31.2.18 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.19 Entidad federativa _____		31.2.20 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.21 Entidad federativa _____		31.2.22 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.23 Entidad federativa _____		31.2.24 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.25 Entidad federativa _____		31.2.26 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.27 Entidad federativa _____		31.2.28 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.29 Entidad federativa _____		31.2.30 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.31 Entidad federativa _____		31.2.32 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.33 Entidad federativa _____		31.2.34 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.35 Entidad federativa _____		31.2.36 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.37 Entidad federativa _____		31.2.38 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.39 Entidad federativa _____		31.2.40 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.41 Entidad federativa _____		31.2.42 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.43 Entidad federativa _____		31.2.44 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.45 Entidad federativa _____		31.2.46 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.47 Entidad federativa _____		31.2.48 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.49 Entidad federativa _____		31.2.50 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.51 Entidad federativa _____		31.2.52 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.53 Entidad federativa _____		31.2.54 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.55 Entidad federativa _____		31.2.56 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.57 Entidad federativa _____		31.2.58 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.59 Entidad federativa _____		31.2.60 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.61 Entidad federativa _____		31.2.62 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.63 Entidad federativa _____		31.2.64 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.65 Entidad federativa _____		31.2.66 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.67 Entidad federativa _____		31.2.68 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.69 Entidad federativa _____		31.2.70 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.71 Entidad federativa _____		31.2.72 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.73 Entidad federativa _____		31.2.74 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.75 Entidad federativa _____		31.2.76 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.77 Entidad federativa _____		31.2.78 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.79 Entidad federativa _____		31.2.80 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.81 Entidad federativa _____		31.2.82 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.83 Entidad federativa _____		31.2.84 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.85 Entidad federativa _____		31.2.86 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.87 Entidad federativa _____		31.2.88 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.89 Entidad federativa _____		31.2.90 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.91 Entidad federativa _____		31.2.92 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.93 Entidad federativa _____		31.2.94 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.95 Entidad federativa _____		31.2.96 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.97 Entidad federativa _____		31.2.98 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.99 Entidad federativa _____		31.2.100 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.101 Entidad federativa _____		31.2.102 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.103 Entidad federativa _____		31.2.104 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.105 Entidad federativa _____		31.2.106 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.107 Entidad federativa _____		31.2.108 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.109 Entidad federativa _____		31.2.110 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.111 Entidad federativa _____		31.2.112 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.113 Entidad federativa _____		31.2.114 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.115 Entidad federativa _____		31.2.116 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.117 Entidad federativa _____		31.2.118 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.119 Entidad federativa _____		31.2.120 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.121 Entidad federativa _____		31.2.122 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.123 Entidad federativa _____		31.2.124 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.125 Entidad federativa _____		31.2.126 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.127 Entidad federativa _____		31.2.128 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.129 Entidad federativa _____		31.2.130 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.131 Entidad federativa _____		31.2.132 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.133 Entidad federativa _____		31.2.134 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.135 Entidad federativa _____		31.2.136 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.137 Entidad federativa _____		31.2.138 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.139 Entidad federativa _____		31.2.140 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.141 Entidad federativa _____		31.2.142 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.143 Entidad federativa _____		31.2.144 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.145 Entidad federativa _____		31.2.146 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.147 Entidad federativa _____		31.2.148 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.149 Entidad federativa _____		31.2.150 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.151 Entidad federativa _____		31.2.152 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.153 Entidad federativa _____		31.2.154 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.155 Entidad federativa _____		31.2.156 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.157 Entidad federativa _____		31.2.158 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.159 Entidad federativa _____		31.2.160 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.161 Entidad federativa _____		31.2.162 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.163 Entidad federativa _____		31.2.164 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.165 Entidad federativa _____		31.2.166 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.167 Entidad federativa _____		31.2.168 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.169 Entidad federativa _____		31.2.170 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.171 Entidad federativa _____		31.2.172 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.173 Entidad federativa _____		31.2.174 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.175 Entidad federativa _____		31.2.176 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.177 Entidad federativa _____		31.2.178 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.179 Entidad federativa _____		31.2.180 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.181 Entidad federativa _____		31.2.182 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.183 Entidad federativa _____		31.2.184 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.185 Entidad federativa _____		31.2.186 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.187 Entidad federativa _____		31.2.188 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.189 Entidad federativa _____		31.2.190 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.191 Entidad federativa _____		31.2.192 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.193 Entidad federativa _____		31.2.194 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.195 Entidad federativa _____		31.2.196 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm.		31.2.197 Entidad federativa _____		31.2.198 Día _____ Mes _____ Año _____	
31					

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA
INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD.**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxíliese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificador está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia. En el caso de números utilice arábigos (0, 1, 2, ..., 9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 05032016. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 9992010.
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para las preguntas con opciones que tengan * (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o Alcaldía y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

- NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
- ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
- ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
- EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, ejemplo: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 999. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
Para menores de 28 días de nacido: 8.1. Anote el Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
8.2 Anote las semanas de gestación y 8.3 Anote el peso en gramos.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
- AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, ejemplo: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 1709.
- SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a (o como consecuencia de)", la cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, ejemplo:

20. 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)	Peritonitis aguda	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 días
Causas antecedentes	Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b)	Perforación del duodeno	4 días
		c)	Úlcera duodenal	3 años
PARTE II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	d)	Hipertensión arterial	5 años

SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada, denota una presunción no una afirmación.

22.2. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincide o no con el sitio donde sucedió la defunción.

22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, ejemplo: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".

22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.

25-29. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. La firma del certificador es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. **CIE:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. **INF:** Informante.

NÚM: Número. **REG:** Registro.