



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212249975

212249975 212249975 212249975 212249975 212249975 212249975 212249975 212249975 212249975 212249975

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL(DE LA) 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	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
N LISABR08D21NNDN4		Si <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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) <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(la) 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				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	Completa <input type="radio"/> 1		Incompleta <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99			12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				13.1 Número de seguridad social o afiliación		No <input type="radio"/> 2		
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 9	
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10			14.1 Nombre de la unidad médica		
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN				15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.10 Entidad federativa		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.11 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	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 Parte II		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				Debido a (o como consecuencia de)	Debido a (o como consecuencia de)		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				a)	b)	c)	d)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo								
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
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	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
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						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	(taller, fábrica u obra)	Área industrial <input type="radio"/> 6	
Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera <input type="radio"/> 4	(rancho o parcela)	Granja <input type="radio"/> 7	
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	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		SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL CD. VALLES, S.L.P. PARA 10000		
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		Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)								
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Otro médico* <input type="radio"/> 3		Otro <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA		
Nombre(s)								
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.4 Núm. Interior		
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.5 Tipo de asentamiento humano		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____				Día _____ Mes _____ Año _____		
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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

212249975

DE LA DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL