



Modelo 2017.1

FOLIO

212250072

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. NOMBRE DEL(LE) 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"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) | | | |
| 5. CURP | | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | | 7. NACIONALIDAD | | | |
| TUMA8803109MS PLIDID02 | | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique | | | |
| 8. EDAD CUMPLIDA | | 8.2 Semanas de gestación: | | 8.3 Peso (gramos): | | 9. ESTADO CONYUGAL | |
| Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año | | 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: | | En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Separado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | 10.1 Tipo de vivienda | | 10.2 Nombre de la vivienda | | 10.3 N° de la vivienda | |
| Anotar el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) | | Calle y N° | | Calle y N° | | Calle y N° | |
| 10.4 N° de la vivienda | | 10.5 Tipo de asentamiento humano | | 10.6 Nombre del asentamiento humano | | 10.7 Código Postal | |
| 79060 | | Ciudad Valles | | Ciudad Valles | | San Luis Potosí | |
| 11. ESCOLARIDAD | | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | | 12.1 Trabajo | |
| Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> | | Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> | | Supervisora de caja | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | 13.2 Fecha de afiliación | | 13.3 Lugar de afiliación | |
| IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> | | 4108881066-1F14880R | | 14.1 Nombre de la unidad médica | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 14.1 Nombre de la unidad médica | | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | 14.3 Tipo de defunción | |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> | | Hospital General Zona 06 | | México - Laredo | | Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 15.1 Tipo de vivienda | | 15.2 Nombre de la vivienda | | 15.3 N° de la vivienda | |
| Calle y N° | | Calle y N° | | Calle y N° | | Calle y N° | |
| 15.4 N° de la vivienda | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | | 15.6 Nombre del asentamiento humano | | 15.7 Código Postal | |
| 79060 | | Ciudad Valles | | Ciudad Valles | | San Luis Potosí | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? | | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN | |
| Día Mes Año Horas Minutos | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) | |
| 24/08/2021 13:15 | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN | | 20.1 Causa básica de defunción | | 20.2 Causa básica de defunción | | 20.3 Causa básica de defunción | |
| Código CIE | | Código CIE | | Código CIE | | Código CIE | |
| J960 | | U071 | | U071 | | U071 | |
| 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 fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? | |
| El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | | El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: | | 22.1 Fue un presunto | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | |
| Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) | | 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 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | |
| 22.7 Tipo de vivienda | | 22.8 Nombre de la vivienda | | 22.9 N° de la vivienda | | 22.10 Nombre del asentamiento humano | |
| 22.7.1 Tipo de vivienda | | 22.7.2 Nombre de la vivienda | | 22.7.3 N° de la vivienda | | 22.7.4 Nombre del asentamiento humano | |
| 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 | | 22.7.11 Tipo de vivienda | | 22.7.12 Nombre de la vivienda | |
| 22.7.13 N° de la vivienda | | 22.7.14 Nombre del asentamiento humano | | 22.7.15 Tipo de asentamiento humano | | 22.7.16 Nombre del asentamiento humano | |
| 22.7.17 Código Postal | | 22.7.18 Localidad | | 22.7.19 Municipio o Alcaldía | | 22.7.20 Entidad federativa | |
| 22.7.21 Tipo de vivienda | | 22.7.22 Nombre de la vivienda | | 22.7.23 N° de la vivienda | | 22.7.24 Nombre del asentamiento humano | |
| 22.7.25 Tipo de asentamiento humano | | 22.7.26 Nombre del asentamiento humano | | 22.7.27 Código Postal | | 22.7.28 Localidad | |
| 22.7.29 Municipio o Alcaldía | | 22.7.30 Entidad federativa | | 22.7.31 Tipo de vivienda | | 22.7.32 Nombre de la vivienda | |
| 22.7.33 N° de la vivienda | | 22.7.34 Nombre del asentamiento humano | | 22.7.35 Tipo de asentamiento humano | | 22.7.36 Nombre del asentamiento humano | |
| 22.7.37 Código Postal | | 22.7.38 Localidad | | 22.7.39 Municipio o Alcaldía | | 22.7.40 Entidad federativa | |
| 22.7.41 Tipo de vivienda | | 22.7.42 Nombre de la vivienda | | 22.7.43 N° de la vivienda | | 22.7.44 Nombre del asentamiento humano | |
| 22.7.45 Tipo de asentamiento humano | | 22.7.46 Nombre del asentamiento humano | | 22.7.47 Código Postal | | 22.7.48 Localidad | |
| 22.7.49 Municipio o Alcaldía | | 22.7.50 Entidad federativa | | 22.7.51 Tipo de vivienda | | 22.7.52 Nombre de la vivienda | |
| 22 | | | | | | | |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA

29. *Indicando con el presente certificado que*



212250072