



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FO

212250200

OS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS. SE HABILITAN 10 DÍAS posteriores a su expedición para que los titulares de datos personales en posesión de los particulares de la salud se informen de la información que se les suministra.

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA OUT-PATIENTS NO PUEDE CERTIFICAR UN FALLECIMIENTO. EL CERTIFICANTE DEBE REQUERIR LA AUTORIZACIÓN DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)	Norma Edith Gutiérrez	Primer Apellido	Ibáñez	Segundo Apellido												
	2. FECHA DE NACIMIENTO	21 05 1984	3. SEXO	Hombr ○ 1 Mujer ○ 2 Se ignora ○ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)										
5. CURP	6UIN840521MSPTB201	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora ○ 99	7. NACIONALIDAD	Mexicana ○ 1	Se ignora ○ 9											
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora ○ 1 Minutos ○ 1	Para menores de un día ○ 1 Horas ○ 1	Para menores de un mes ○ 1 Días ○ 1	Para menores de un año ○ 1 Meses ○ 1	Para personas de un año o más ○ 1 Años cumplidos ○ 1	Se ignora ○ 9											
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) ○ 6 En unión libre ○ 4 Divorciado(a) ○ 3 Soltero(a) ○ 3	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año				
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			10.1 Tipo de viabilidad			10.2 Nombre de la viabilidad			10.6 Nombre del asentamiento humano			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
10. RESIDENCIA HABITUAL			10.3 Núm. Exterior 110			10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento			10.7 Código Postal 7910610			10.8 Localidad Ciudad Valles			10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles		
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			10.11 La escolaridad seleccionada es: Ninguna ○ 1 Preescolar ○ 12 Primaria ○ 3 Secundaria ○ 5 Bachillerato ○ 7 Profesional ○ 8 Posgrado ○ 10 Se ignora ○ 99			10.12 Ocupación HABITUAL			10.13 Número de seguridad social o afiliación 4995745931 2F19840R			10.14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General zona 6			10.14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○ 1 Incompleta ○ 2			12.1 Trabajaba Sí ○ 1 No ○ 2 Se ignora ○ 99			12.2 Ocupación laboral			12.3 Vía pública ○ 10 Otra lugar ○ 1					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seg. Popular / INSABI ○ 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS BIENESTAR ○ 10 Se ignora ○ 99			14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General zona 6			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			14.3 Vía pública ○ 10 Otra lugar ○ 1		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.4 Número de la viabilidad 911			14.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento			14.6 Número del asentamiento humano 19 de Enero			14.7 Entidad federativa San Luis Potosí					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de viabilidad			15.2 Nombre de la viabilidad Mexico - Laredo			15.6 Nombre del asentamiento humano 19 de Enero			15.7 Código Postal 791000					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			16.1 Núm. Exterior 15.3 Núm. Interior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles			16.2 Localidad Ciudad Valles			16.3 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles			16.4 Entidad federativa San Luis Potosí					
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			17.1 Número de la viabilidad 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			17.2 ¿Tuvo ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			17.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
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: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			19.2 Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			19.3 Parte III: Causas antecedentes			19.4 Parte IV: Causas de la muerte					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			20.1 Causa básica de la muerte			20.2 Causa secundaria			20.3 Causa terciaria			20.4 Causa cuaternaria					
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?			21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.1 Fue un presunto accidente			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(la) fallecido(a)					
23. NOMBRE			23.1 Nombre			23.2 Nombre			23.3 Nombre			23.4 Nombre					
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			24.1 Parentesco			24.2 Parentesco			24.3 Parentesco			24.4 Parentesco					
25. CERTIFICADA POR			25.1 Médico tratante			25.2 Médico legista			25.3 Otro médico			25.4 Autoridad civil					
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			26.1 Cédula profesional			26.2 Cédula profesional			26.3 Cédula profesional			26.4 Cédula profesional					
27. NOMBRE			27.1 Nombre			27.2 Nombre			27.3 Nombre			27.4 Nombre					
28. FIRMA			28.1 Firma			28.2 Firma			28.3 Firma			28.4 Firma					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			29.1 Número de la viabilidad 19 de Enero			29.2 Número de la viabilidad 791010			29.3 Número del exterior 914			29.4 Número del interior Ciudad Valles					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			30.1 Día 30.2 Mes 30.3 Año			30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año			30.7 Día 30.8 Mes 30.9 Año			30.10 Día 30.11 Mes 30.12 Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO			31.1 Acta Número			31.2 Lugar y fecha de registro			31.3 Localidad			31.4 Municipio o Alcaldía					
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			32.1 Localidad			32.2 Municipio o Alcaldía			32.3 Entidad federativa			32.4 Día					
33. DEL CERTIFICANTE			33.1 Nombre			33.2 Nombre			33.3 Nombre			33.4 Nombre					
34. DEL REGISTRO CIVIL			34.1 Nombre			34.2 Nombre			34.3 Nombre			34.4 Nombre					

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