



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017 I

FOLIO

21225138

INSTRUCCIONES EN EL REVERSO												
ESTA FORMA ESTÁ DISEÑADA PARA SER LLENADA CON UN ROTULADOR DE TINTA NEGRA O AZUL. NO USE PENSOS, BOLÍGRAFOS NI ROTULADORES DE COLOR.												
DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SISTEMAS FEDERALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS ESTADOS.												
DETALLE DEL FALLECIDO												
1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Francisco Andras			Alvaro			Navarro			
Nombre(s)									Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO			23/07/1919			31			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día		Mes		Año		Hombre <input checked="" type="radio"/>		Mujer <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		
5. CURP			MIAWTF9130723H01PVVIRC0			Se ignora <input type="radio"/>			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			
									Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más	
			Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:			8.1 Follas del Certificado de Nacimiento:			8.2 Seman is de gestació n:			8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL			Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			Cola			Jardina Arquillaz García			
						10.1 Tipo de vialidad:			10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento hum			10.6 Nombre del asentamiento humano			
17919130			Chimulco			Axtla de Terrazas			San Luis Potosí			
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"/>			Preescolar <input type="radio"/>			Primaria <input type="radio"/>			Secundaria <input type="radio"/>			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>			Profesional <input type="radio"/>			Posgrado <input type="radio"/>			Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Ninguna <input type="radio"/>			ISSSTE <input type="radio"/>			SEDENA <input type="radio"/>			
			IMSS <input type="radio"/>			PEMEX <input type="radio"/>			Seg. P.ular / INSABI <input type="radio"/>			
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>			ISSSTE <input type="radio"/>			SEDENA <input type="radio"/>			Otra <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN						14.1 Nombre de la unidad médica			Vía pública <input type="radio"/> O lu			
Secretaría de Salud <input type="radio"/>			IMSS <input type="radio"/>			PEMEX <input type="radio"/>			Unidad médica privada <input type="radio"/>			
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>			ISSSTE <input type="radio"/>			SEDENA <input type="radio"/>			Otra unidad pública <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			90			15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento hum			15.6 Nombre del asentamiento humano			
17919130			Chimulco			Axtla de Terrazas			San Luis Potosí			
15.7 Código Postal			15.8 Localidad			15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			1/21/11 20:21:11			16.1 Horas			16.2 Minutos			
Dia			Mes			Año						
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			Si <input type="radio"/>			No <input type="radio"/>			Se ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRACTICO?									Si <input type="radio"/>			
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												
a) Desnutrición calórica - Protética												
Debido a (o como consecuencia de)												
b) Tuberculosis del menor												
Debido a (o como consecuencia de)												
c)												
Debido a (o como consecuencia de)												
d)												
PARTE II												
Otro(s) padecimiento(s) significativo(s) 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						21.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones prs días del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:						Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			Si <input type="radio"/> No <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"/>									
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE						22.3 Sitio d onde ocurrió la lesión			22.5 Área industrial (taller, fábrica u obra)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			Vivienda poricular <input type="radio"/>			Área deportiva <input type="radio"/>			
Accidente <input type="radio"/>						Vivienda co activa (asilo, orfanato, etc) <input type="radio"/>			Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>			
Suicidio <input type="radio"/>			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			Escuela u oficina pública <input type="radio"/>			Rancho o parcela <input type="radio"/>			
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:						Área comercial o de servicio <input type="radio"/>			Otro <input type="radio"/>			
						Se ignora <input type="radio"/>						
22.6 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			Karla Gabriela			Alvaro			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)									Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR			Médico tratante <input checked="" type="radio"/>			Otro médico* <input type="radio"/>			25.1 CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud			Autoridad civil* <input type="radio"/>			Otro* <input type="radio"/>			Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE			Bermudo			Xito			28. FIRMA			
Nombre(s)												
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			Lado César Ayala			29.2 Nomb re de la vialidad			29.3 Núm Exterior			
									29.4 Núm. Interior			
29.1 Tipo de vialidad						29.7 Código Posta			29.5 Tipo de asent humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano			Axtla de Terrazas			San Luis Potosí			29.8 Localidad			
29.9 Municipio o Alcaldía												
29.10 Entidad fed. irativa									29.11 Teléfono			
29.11 Telefono												
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN												
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO						32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
Nombre						32.1 Localidad						