



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

212251407

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Fernán	Hernández	Martínez			
2. FECHA DE NACIMIENTO	24 11 1987	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	SLP	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP	HEMF871124HSPNRR06	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD			
Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora <input type="radio"/> 99			
8. EDAD	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	33
CUMPLIDA	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 99
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5
				En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) CALLE HIDALGO No. 5						
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
		Huazalingo	TM2			
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						
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	Comerciante
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD						
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	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS <input type="radio"/> 2	BIENESTAR <input type="radio"/> 2	IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99
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"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Otro lugar <input type="radio"/> 12
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN						
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
		Huazalingo	TM2			
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN						
04 09 2021	08 00	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año	Horas Minutos	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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						
a)	tuberculosis pulmonar					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Debido a (o como consecuencia de)						3 meses.
Causas antecedentes						
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica						
b)						
Debido a (o como consecuencia de)						
c)						
Debido a (o como consecuencia de)						
d)						
PARTE II						
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo						
Diabetes Mellitus tipo 2						
Sana						
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	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Uso exclusivo del personal codificador	
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	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE						
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
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 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						
Marro	Bautista	Martínez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	TÍO 48310458			
25. CERTIFICADA POR						
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE						
Patricio Dámaso	Carr. Mx	Limonero	28. FIRMA			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Limonero #85			
29. DOMICILIO y TELÉFONO						
18119994400	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
TMP	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	7M2	Juárez Potosí	Tam	
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
SLP		06 09 2021				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. , Libro Núm.	32.1 Localidad					
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía					
	32.3 Entidad federativa					
	32.4 Día					
	32.5 Mes					
	32.6 Año					

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD