



# **SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017

FOLIO

212251440

212251440  
212251440212251440212251440212251440

DE FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Mano Dominga		Tomas	Primer Apellido	Segundo Apellido						
	2. FECHA DE NACIMIENTO	Día 25 Mes 10 Año 1938	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí						
					Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
	5. CURP	TOKD391082SMSPMXM0A		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	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	18 12	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 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Vivienda <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5 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								
	711100		Localidad	Xilitla								
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
	Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. Ocupación Habitual	Hogar <input type="radio"/> 1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 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	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital 16 de Septiembre	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99				
	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			15.10 Entidad federativa				
	711100			Localidad	Xilitla							
	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa								
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	16.1 Dia	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
DE LA DEFUNCIÓN	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								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) <input type="radio"/> COVID-19	Debido a (o como consecuencia de)	7 días								
	b) <input type="radio"/>	Debido a (o como consecuencia de)										
	c) <input type="radio"/>	Debido a (o como consecuencia de)										
	d) <input type="radio"/>	Debido a (o como consecuencia de)										
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo											
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 43 días a 11 meses	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?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
			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								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 Suicidio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
		Homicidio <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4	Granja <input type="radio"/> 7						
				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										
	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										