



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO  
**212254894**

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

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN LOS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN DE 15 DÍAS. ASÍ MISMOS, SE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES**

<b>DEL FALLECIDO</b>	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	Día      Mes      Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP	RIOJOI3911213HISBEDT09	Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> Días Para menores de un año <input type="radio"/> Meses Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Edad en meses:	
	Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Edad en meses:	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 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	
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 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 Huilco	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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	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			
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	Hospital Básico Comunitario Huilca	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Dia      Mes      Año	Horas      Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input 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 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.)				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Sindrome de distres Respiratorio Agudo	Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Debido a (o como consecuencia de)	20 minutos	2019		
c)	Debido a (o como consecuencia de)	3 meses	449			
d)	Debido a (o como consecuencia de)	7 años	462			
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Tuberculosis					
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 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	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 Se ignora <input type="radio"/> 9	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.4 Anote 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 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 Nombre(s)	Rubia	Acosta	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija.			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10328490			
		*Especifique	Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Nombre(s)	Dulce Olilia Morales	Custodal	28. FIRMA			
29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre(s)	Km 259.2	29.1 Tipo de vialidad				
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.2 Nombre de la vialidad				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.3 Núm. Exterior				
31.1 Acta Núm.	31.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Nombre(s)	29.4 Núm. Interior				
	32.1 Localidad	29.11 Teléfono				
	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa				
	32.4 Dia	32.5 Mes				
	32.5 Año					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32.3 Entidad federativa					
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía					
	32.3 Entidad federativa					
	32.4 Dia					
	32.5 Mes					
	32.5 Año					

**ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD**

212254894