



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
 FOLIO
212340941

DE LA DEFUNCIÓN		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)																					
		MARTHA					ROMANO					HERNANDEZ											
		Nombre(s)					Primer Apellido					Segundo Apellido											
		2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			5. CURP			6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA		7. NACIONALIDAD								
		Día Mes Año	1 1 0 9 1 9 6 1	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	1	Se ignora <input type="radio"/> 99	CIUDAD DE MÉXICO	0 9	R O H M 6 1 0 9 1 1 M D F M R R 0 1	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Otra <input type="radio"/> 2	9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	9	Especifique <input type="radio"/> 2								
		8. EDAD CUMPLIDA										8.1 Edad del fallecido:				8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL					
		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			
		Para menores de 28 días anote:										8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5						
		8.3 Domicilio permanente:										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								
DEL FALLECIDO		10. RESIDENCIA HABITUAL										10.1 Tipo de vialidad											
		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)										PASEO DEL CEDRO ROJO											
		AVENIDA					LOMA BONITA																
		FRACCIONAMIENTO					10.2 Nombre de la vialidad																
		385					10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior					10.5 Tipo de asentamiento humano					10.6 Nombre del asentamiento humano						
		7 9 9 6 0					TAMAZUNCHALE					TAMAZUNCHALE					SAN LUIS POTOSI						
		10.7 Código Postal					10.8 Localidad					10.9 Municipio o delegación					10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
		10.8					10.9					10.10											
		11. ESCOLARIDAD										11.1 La escolaridad seleccionada es:										12. OCUPACIÓN HABITUAL	
		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99										Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2										NO REMUNERADO - AMA DE CASA	
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD										13.1 Número de seguridad social o afiliación										GARG550210-3	
		IMSS <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4										13.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES)										NO APlica	
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN										14.1 Nombre de la unidad médica										Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 9										14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES)										Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN										BOULEVARD										Boulevard Issste	
		SN										15.1 Tipo de vialidad										15.2 Nombre de la vialidad	
		PUEBLO					15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior					15.5 Tipo de asentamiento humano					15.6 Nombre del asentamiento humano						
		7 9 9 6 0					TAMAZUNCHALE					TAMAZUNCHALE					SAN LUIS POTOSI						
		15.7 Código Postal					15.8 Localidad					15.9 Municipio o delegación					15.10 Entidad federativa						
		15.8					15.9					15.10											
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN										17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?										18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
		0 8 1 2 2 0 2 1										Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9										Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN										(Anote una causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)										Uso exclusivo del personal codificador	
		PARTE I										a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA										Código CIE	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente										Debido a (o como consecuencia de)										30 MINUTOS			
X										NEUMONIA VIRAL POR COVID 19										3 DIAS			
Causas antecedentes estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica										c) Debido a (o como consecuencia de)													
b) Debido a (o como consecuencia de)										d) Debido a (o como consecuencia de)													
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		PART II										DIABETES MELLITUS TIPO 2										20 AÑOS	
		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo										21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?										Uso exclusivo del personal codificador	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS										21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?										20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
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 Parto o puerperio?													
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 Parto o puerperio?										43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5										SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5										SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2													
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE										22.3 Sitio donde ocurrió la lesión										Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8			
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Su trabajo? <input type="radio"/> 3 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9										Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial <input type="radio"/> 5 de servicio <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9										22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.2.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <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 <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8													
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			
DEL INF.		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 delegación					22.7.10 Entidad federativa						
		23. NOMBRE															24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						