# SECRETARÍA DE SALUD
## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO 212718010

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

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

### DEL FALLECIDO

**1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)** — Nombre(s): Maria Angela — Primer Apellido: Santiago — Segundo Apellido: Estrella

**2. FECHA DE NACIMIENTO** — Día 04 Mes 05 Año 1935

**3. SEXO** — Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

**4. ENTIDAD DE NACIMIENTO** — San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

**5. CURP** — SACA350504MSPNSN01 — Se ignora ○99

**6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?** — Sí ●1 No ○2 Se ignora ○9

**7. NACIONALIDAD** — Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○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: 86 — Se ignora ○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) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ●5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

**10. RESIDENCIA HABITUAL**
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Principal
10.3 Núm. Exterior: 9
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: Localidad
10.6 Nombre del asentamiento humano: El cañon
10.7 Código Postal: 79900
10.8 Localidad:
10.9 Municipio o Alcaldía: Xilitla
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

**11. ESCOLARIDAD** — Ninguna ●1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ●2

**12. OCUPACIÓN HABITUAL** — Hogar — Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ○1 No ●2 Se ignora ○9

**13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD** — Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seg. Popular / INSABI ○7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS BIENESTAR ●10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación:

### DE LA DEFUNCIÓN

**14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN** — Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS BIENESTAR ●2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
14.1 Nombre de la unidad médica: HR 16 Axtla de Terrazas
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

**15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN**
15.1 Tipo de vialidad: Calle
15.2 Nombre de la vialidad: Libramiento al COBACH
15.3 Núm. Exterior: 136
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Santa Maria II
15.7 Código Postal: 79930
15.8 Localidad: Axtla de terrazas
15.9 Municipio o Alcaldía: Axtla de Terrazas
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

**16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN** — Día 10 Mes 01 Año 2023 — Horas 18 Minutos 10

**17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?** — Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

**18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?** — Sí ○1 No ○2

**19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN** (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, *ejemplo*: paro cardíaco, astenia, etc.)

| | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE |
|---|---|---|---|
| **PARTE I** Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | a) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación | 24 horas | |
| | Debido a (o como consecuencia de) | | |
| **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, no especificada | 8 años | |
| | 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 morboso que la produjo | Secuelas de tuberculosis | 10 años | |

**21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS**
**21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:** El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

**21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?** — Sí ○1 No ○2

**21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?** — Sí ○1 No ○2

Uso exclusivo del personal codificador
**20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN** Código CIE

### MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

**22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE**
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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
22.7.9 Municipio o Alcaldía
22.7.10 Entidad federativa