



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

212718124

124

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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 PARTICULARSES

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		Jose Mariano		Guanajuato		Adrian	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
15/11/1972		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Día Mes Año							
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
GUANM721115HSRDK02		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9	
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
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 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	
						Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	
						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			
15 Calle				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	
779932		Avenida Tenerife		Artista Tenerife		San Luis Potosí	
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 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							
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 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2		IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica	
						14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía	
779932		Avenida Tenerife		Calle		Santa María II	
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 FECHA		16.2 HORA		16.3 DIA		16.4 MES	
11/01/2022		11:00		11		01	
16.5 AÑO		16.6 HORAS		16.7 MINUTOS		16.8	
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.)							
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Influenza Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)							
b) Covid-19 documentada como causa de muerte Debido a (o como consecuencia de)							
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d) 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 morboso que la produjo							
Diabetes Mellitus tipo II Hipertensión Arterial Sistólica							
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte							
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?	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
Uso exclusivo del personal codificador							
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 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9							
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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2							
Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Área deportiva (calle o carretera) <input type="radio"/> 3 (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5							
Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Área deportiva (calle o carretera) <input type="radio"/> 3 (vía pública) <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)							
22.5 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							