



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

2127223232

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)			Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO 26 02 1936			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP HENED360226041PRLVFO5			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →	Se ignora <input type="radio"/>
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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Para personas de un año o más Años cumplidos
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		
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 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 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 Trabajador <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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			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 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
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
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10 02 2022			10 09 15	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"/> 99	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.)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
a) Síndrome difusivo de la respiración aguda Debido a (o como consecuencia de)			8 días		
b) Neumonía grave Debido a (o como consecuencia de)			10 días		
c) COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)			10 días		
d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 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			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	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Ante la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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			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 obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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			Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		
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	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)			Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nombre(s)			Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO			29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior
					29.4 Núm. Interior
29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
31.1 Acta Núm. _____			32.1 Localidad		
			32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Día
					32.5 Mes
					32.6 Año

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

*** 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 ESTAN 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

21272232322