



## SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

212722331

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Esiquia		Primer Apellido	Martinez		Cruz		
	Nombre(s)	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO	18 11 1935		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosi		
5. CURP	MACE351118MSPRS06		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2		
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	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía			
10.7 Código Postal	Taingale		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	Aguascal.		San Luis Potosi			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" 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:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	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	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
	79090			Ciudad Valles	Mexico-La Loma	San Luis Potosi			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día <input type="radio"/> 14	Mes <input type="radio"/> 07	Año <input type="radio"/> 2022	Horas <input type="radio"/> 20	Minutos <input type="radio"/> 28	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, <i>ejemplo</i> : paro cardíaco, astenia, etc.)	<p><b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d)</p>					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
	<p><b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</p> <p>Argina de Pecho</p>					3hs			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
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	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2			
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?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 0 No <input type="radio"/> 1	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 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					22.7.1 Tipo de vialidad			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio						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	Rosendo		Primer Apellido	Martinez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
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	*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
27. NOMBRE	Julio César		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	29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad		29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa				Día <input type="radio"/> 17	Mes <input type="radio"/> 07	Año <input type="radio"/> 2022		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	Nombre _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
Núm. _____			32.1 Localidad						
31.1 Acta Núm. _____			32.2 Municipio o Alcaldía						
			32.3 Entidad federativa						
			32.4 Día						
			32.5 Mes						
			32.6 Año						