



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

Modelo 2017  
FOLIO

170644120

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

170644120

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Remen Nardo Tovar Lara				
	2. FECHA DE NACIMIENTO 07/07/2017		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
	5. CURP [Blank]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: [Blank] Meses Para personas de un año o más: [Blank] Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Privada 10.2 Nombre de la vivienda: Bella Vista 10.3 Núm. Exterior: [Blank] 10.4 Núm. Interior: [Blank] 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: [Blank] 10.8 Localidad: San Luis Potosí 10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Blank]			11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	12. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>			13.1 Número de seguridad social: 401834149-9 306201707	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Blank]	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle 15.2 Nombre de la vivienda: Calle 15.3 Núm. Exterior: 202 15.4 Núm. Interior: [Blank] 15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 781010 15.8 Localidad: San Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Fecha: 10/08/2017 16.2 Hora: 10:35	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Choque eléctrico b) Falla orgánica múltiple c) Insuficiencia respiratoria aguda d) Asfonia completa e) Hipertrofia cardíaca			18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área de trabajo (taller, oficina, obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): [Blank]	
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE Erika Alvarado Tovar Lara			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4991019	
	27. NOMBRE Alma Rosa Esquivel Coronel			28. FIRMA [Signature]	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Calle 29.2 Nombre de la vivienda: Calle 29.3 Núm. Exterior: 202 29.4 Núm. Interior: [Blank] 29.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 781010 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: [Blank]			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/08/2017	
EG.	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]	