



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

Modelo 2017  
FOLIO

170645392

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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>ALFREDO</u> Primer Apellido <u>FLORES</u> Segundo Apellido <u>SALAZAR</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12</u> / <u>17</u> / <u>11</u> <u>01</u> <u>91</u> <u>41</u> <u>81</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>CHAYCATA</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>FLOSA41810027HPLLL100</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: Años cumplidos: <u>6</u> <u>0</u> <u>0</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>ATENEA</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Col. MARGARITA MORAN</u> 10.3 Núm. Exterior <u>74422</u> 10.4 Núm. Interior <u>74422</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSI SLP</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSI</u> 10.7 Código Postal <u>74422</u> 10.8 Localidad <u>SAN LUIS POTOSI</u> 10.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSI</u> 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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN VIALIDAD 12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.2 Ocupación <u>VELADOR</u> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>240650134</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 6 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>ATENEA</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Col. MARGARITA MORAN</u> 15.3 Núm. Exterior <u>74422</u> 15.4 Núm. Interior <u>74422</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSI SLP</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSI</u> 15.7 Código Postal <u>74422</u> 15.8 Localidad <u>SAN LUIS POTOSI</u> 15.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSI</u> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12</u> / <u>01</u> / <u>20</u> <u>18</u> <u>06</u> <u>00</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>DESEQUILIBRIO HÍDRICO ELECTROLÍTICO</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>ELEVACION DE AZOADOSS</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>DIABETES MELLITUS TIPO 1</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>TUBERCULOSIS PULMONAR</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>1</u> <u>semana</u> 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 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 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 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? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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	