



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

Modelo 2017
FOLIO

170647032

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Manuel Juan García Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 17/05/1989 Día Mes Año	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 JUGM890517HDFNRNOS Se ignora <input type="radio"/>		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: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: 28 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>		8.2 Semanas de gestación: <input type="text"/>
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"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Circuito San Antonio 10.1 Tipo de vialidad 108 10.2 Nombre de la vialidad Fraccionamiento Santo Tomás 10.3 Núm. Exterior 78433 10.4 Núm. Interior <input type="text"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal <input type="text"/> 10.8 Localidad <input type="text"/> 10.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social <input type="text"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input 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"/>
14.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>

DE LA DEFUNCIÓN

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 108 Fraccionamiento Santo Tomás 15.1 Tipo de vialidad 108 15.2 Nombre de la vialidad Fraccionamiento Santo Tomás 15.3 Núm. Exterior 78433 15.4 Núm. Interior <input type="text"/> 15.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal <input type="text"/> 15.8 Localidad <input type="text"/> 15.9 Municipio o delegación <input type="text"/> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19/12/2017 07:30 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> b) Infección por VIH/SIDA, etapa T3 Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> c) Tuberculosis Miliar Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> d) Infección por herpes virus Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Tuberculosis Miliar Infección por herpes virus		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 2015 19/12		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 000		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, ¿TUVO COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="text"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <input type="text"/>		23. NOMBRE Giovanna Juan García Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="text"/>		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 9864621 Número de la cédula profesional		27. FIRMA 		
28. NOMBRE Mauricio García Ruiz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida Venustiano Carranza #2395 Zona 29.1 Tipo de vialidad 17821910 29.2 Nombre de la vialidad San Luis Potosí 29.3 Núm. Exterior 78433 29.4 Núm. Interior <input type="text"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano 29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal 78433 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono <input type="text"/>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19/12/2017 Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA <input type="text"/>		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí 19/12/2017		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí 19/12/2017		

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE



170647032