



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 1017
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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Manuel Juan García <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Son Luis Potosí <small>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</small>	
2. FECHA DE NACIMIENTO 17/05/1989 <small>Día Mes Año</small>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP JUGM890517HDFNRNOS <small>Se ignora <input type="radio"/>99</small>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → <small>Especifique</small>		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 <small>Se ignora <input type="radio"/>9</small>	
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"/> 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 <small>Se ignora <input type="radio"/>9</small>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Circuito San Antonio <small>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</small>			
10.3 Núm. Exterior: 108		10.4 Núm. Interior: Fraccionamiento	
10.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano		10.6 Nombre del asentamiento humano: Santo Tomás	
10.7 Código Postal: 78433		10.8 Localidad: Soledad de Graciano	
10.9 Municipio o delegación: Son Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Son Luis Potosí	
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 11.2 ¿HABÍA TRABAJANDO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <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 13.1 Número de seguridad social: <input type="text"/>			
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: <input type="text"/> Hogar <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <input type="text"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Circuito San Antonio <small>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad</small>			
15.3 Núm. Exterior: 108		15.4 Núm. Interior: Fraccionamiento	
15.5 Tipo de asentamiento humano: Soledad de Graciano		15.6 Nombre del asentamiento humano: Santo Tomás	
15.7 Código Postal: 78433		15.8 Localidad: Soledad de Graciano	
15.9 Municipio o delegación: Son Luis Potosí		15.10 Entidad federativa: Son Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19/12/2017 07:30 <small>Día Mes Año Horas Minutos</small>		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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 3 días	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Insuficiencia Respiratoria Debido a (o como consecuencia de) Infección por VIH/SIDA, etapa T3 Tuberculosis Miliar Debido a (o como consecuencia de) Infección por herpes virus			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <input type="text"/>		Uso exclusivo del personal codificador	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, ESPECIFIQUE: 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 del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área de vivienda (taller, taller de obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote 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"/>			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: <input type="text"/> 22.7.2 Nombre de la vialidad: <input type="text"/> 22.7.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <input type="text"/> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <input type="text"/> 22.7.7 Código Postal: <input type="text"/> 22.7.8 Localidad: <input type="text"/> 22.7.9 Municipio o delegación: <input type="text"/> 22.7.10 Entidad federativa: <input type="text"/>			
23. NOMBRE: Giorgina Juan García <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): <input type="text"/>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 <small>*Especifique</small>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 9864621 <small>Número de la cédula profesional</small>	
27. NOMBRE: Mauricio García Ruiz <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		28. FIRMA:	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Avenida 29.2 Nombre de la vialidad: Venustiano Carranza 29.3 Núm. Exterior: #2395 29.4 Núm. Interior: Zona 29.5 Tipo de asentamiento humano: Universitaria 29.6 Nombre del asentamiento humano: Son Luis Potosí 29.7 Código Postal: 781210 29.8 Localidad: Son Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación: Son Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: Son Luis Potosí 29.11 Teléfono: <input type="text"/>			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 19/12/2017 <small>Día Mes Año</small>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA: <input type="text"/>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: Son Luis Potosí			

170647032