



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170654914

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		VIRGINIA		FELIX		CHAVEZ	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		AMULETUEVO, XILITLA S.L.			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
FE C V 6 8 1 2 0 5 M S L H R O 1		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos		Para menores de un mes Horas		8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CONYUGAL		Para menores de un año Dias		Para personas de un año o más Meses		9.1 Tipo de viabilidad	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Para menores de 28 días anote:		10.1 Tipo de viabilidad		MANTEYO, XILITLA.	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		10.2 Nombre de la viabilidad		MANTEYO, XILITLA.	
10.3 Núm. Exterior 79 9 7 0		10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano MANTEYO, XILITLA		10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI		10.7 Código Postal 10.8 Localidad XILITLA 10.9 Municipio o delegación	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>		Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.2 Nombre de la unidad médica		12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		Seguro Popular <input type="radio"/>		Otra <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		15.1 Tipo de viabilidad		15.2 Nombre de la viabilidad		14.3 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>		15.3 Núm. Exterior 79 9 7 0 15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano MANTEYO, XILITLA		15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad MANTEYO, XILITLA		15.9 Municipio o delegación XILITLA		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha 1 8 0 8 2 0 1 7 1 1 9 1 1 0		16.2 Hora		16.3 Minuto	
Dia Mes Año		16.4 Localidad		16.5 Municipio o delegación		16.6 Entidad federativa	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19.1 Parte I	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo	
Causas antecedentes Estados morbos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Debido a (o como consecuencia de)		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		19.4 Código CIE	
d)		b) Debido a (o como consecuencia de)					
c)		c) Debido a (o como consecuencia de)					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		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	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.4 Relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	
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		22.7.2 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	
23. NOMBRE		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
REYNOLDO		MARTINEZ		VIDALIS		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		ESPOSO	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		OLIVER		MARITNEZ		Número de la cédula profesional	
ANTE		27.7.1 Tipo de vialidad		27.7.2 Nombre de la vialidad		27.7.3 Núm. Exterior 27.7.4 Núm. Interior	
DEL INF.		27.7.5 Tipo de asentamiento humano		27.7.6 Nombre del asentamiento humano		27.7.7 Código Postal	
ANTE		27.7.8 Localidad		27.7.9 Municipio o delegación		27.7.10 Entidad federativa	
27.7.11 Entidad federativa		27.7.12 Nombre de la vialidad		27.7.13 Número de la cédula profesional		27.7.14 Número de la cédula profesional	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 PARTICULARLES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

ANTE

54914