



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

Modelo 2017
FOLIO

170634957

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ma. Joaquina Montes Laureano		2. FECHA DE NACIMIENTO 10/10/31 19/6/31		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP MOLJ1630307MSPINR406		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Para personas de un año o más: 154 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 36 El Sabino	
10.3 Núm. Exterior: 79970		10.4 Núm. Interior: Barrio de Arriba		10.5 Tipo de asentamiento humano: Matlapa		10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
10.7 Código Postal: 79970		10.8 Localidad: Matlapa		10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí		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 type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		12.2 Ocupación: Ama de Casa	
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"/> 7 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: El Sabino		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 36	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior: 79970		15.4 Núm. Interior: Barrio de Arriba		15.5 Tipo de asentamiento humano: Matlapa		15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí	
15.7 Código Postal: 79970		15.8 Localidad: Matlapa		15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 10 Mes: 07 Año: 2017 Horas: 10 Minutos: 20		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		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) Enfermedad Renal Crónica Debido a (o como consecuencia de)		b) Diabetes Mellitus II Debido a (o como consecuencia de)		c) Hipertensión Arterial Sistémica Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		d) <input type="text"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 año 12 años 2 años		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo		21. 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"/> 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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? 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 deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		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"/>		22.7 Añote 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 Margarita Máximo Montes	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		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		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 5298363		27. NOMBRE Hermínio Flores Ledezmas	
28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: Avenida Francisco I. Madero Sur 29.2 Nombre de la vialidad: 79970 29.3 Núm. Exterior: 20 de Noviembre 29.4 Núm. Interior: Matlapa 29.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 79970 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: 41833640248		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 10 Mes: 07 Año: 2017		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 08 31.1 Acta Núm. 0007A	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: Matlapa 32.2 Municipio o delegación: S.L.P. 32.3 Entidad federativa: S.L.P. 32.4 Día: 10 Mes: 07 Año: 2017		33. ENTIDAD FEDERATIVA S.L.P.		34. DÍA MES AÑO 10 07 2017		35. ENTIDAD FEDERATIVA S.L.P.	

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

170654957