



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

170655043

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (AZUL) Y LA 2^a COPIA (ROSA) 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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARRES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Amelia Marcos			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
MAXIA430704MSPRJM05		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un año	
Minutos		Para menores de un día		Para menores de un mes	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Para menores de un año		Para personas de un año o más	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Horas		Días	
246		Calle		Meses	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.1 Tipo de vialidad	
799930		Ciudad		10.2 Nombre de la vialidad	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		Axtla de Terrazas		San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
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		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
Se ignora <input type="radio"/> 9		11.1.1 La escolaridad seleccionada es:		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		12.2. Ocupación laboral	
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"/> 9		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		15.1 Tipo de vialidad	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.2 Nombre de la vialidad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
246		Calle		15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.9 Municipio o delegación	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Nombre de la unidad médica		16.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
29062017 1930		16.3 Núm. Exterior		16.4 Núm. Interior	
Dia Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Debido a (o como consecuencia de)		1 min.	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)		3 días	
{		19.2 Parte II		Código CIE	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Debido a (o como consecuencia de)			
19.3 Causas de la defunción		19.4 Causas de la defunción		19.5 Causas de la defunción	
Pans Cardio - Respiratorio		Insuficiencia respiratoria		Enfermedades obstructivas pulmonares	
Tuberculosis pulmonar		Hemorragia tubo digestivo alto		1 año	
1 año		30 min		30 min	
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?	
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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Homicidio <input type="radio"/> 2		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3	
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		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		Otro <input type="radio"/> 8	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Se ignora <input type="radio"/> 9	
Tirza Aquino		Hija		1	
Nombre(s)		Primer Apellido		2	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		33940441	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	
27. NOMBRE		28. FIRMA		*Especifique	
Paseo Michel		Tecoh		Número de la cédula profesional	
ANTE		DEL INF.		3	
55043		55043		3	