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

Modelo 2017
FOLIO 170655293

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): Nombre(s): CONRADO — Primer Apellido: HERNANDEZ — Segundo Apellido: ROSA

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 23 Mes 11 Año 1940

3. SEXO: Hombre (X) Mujer ○2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSI — Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP: Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (X) No ○2 Se ignora ○9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X)1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora — Minutos — Para menores de un día — Horas — Para menores de un mes — Días — Para menores de un año — Meses — Para personas de un año o más: 76 Años cumplidos — Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: — 8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) (X)5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL — Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE — 10.2 Nombre de la vialidad: 20 DE NOVIEMBRE
10.3 Núm. Exterior: 10 — 10.4 Núm. Interior: — — 10.5 Tipo de asentamiento humano: EJIDO — 10.6 Nombre del asentamiento humano: PICHOLCO
10.7 Código Postal: 79930 — 10.8 Localidad: PICHOLCO — 10.9 Municipio o delegación: AXTLA DE TERRAZAS — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): S.L.P

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria (X)3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ○8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta (X)2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: AGRICULTOR — Se ignora ○99
12.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular (X)7 Otra ○8 IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 Se ignora ○99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9
14.1 Nombre de la unidad médica — 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar (X)11 Se ignora ○99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CALLE — 15.2 Nombre de la vialidad: 20 DE NOVIEMBRE
15.3 Núm. Exterior: 10 — 15.4 Núm. Interior: — — 15.5 Tipo de asentamiento humano: EJIDO — 15.6 Nombre del asentamiento humano: PICHOLCO
15.7 Código Postal: 79930 — 15.8 Localidad: PICHOLCO — 15.9 Municipio o delegación: AXTLA DE TERRAZAS — 15.10 Entidad federativa: S.L.P

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 02 Mes 10 Año 2017 — Horas 13 Minutos 00

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) No ○2 Se ignora ○9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No (X)2

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente — a)	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	3 AÑOS	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica — b) Debido a (o como consecuencia de)	TUBERCULOSIS PULMONAR	2 MESES	
c) Debido a (o como consecuencia de)			
d)			
PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Área deportiva ○3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicio ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

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 Anote el domicilio donde ocurrió 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 — 22.7.8 Localidad — 22.7.9 Municipio o delegación — 22.7.10 Entidad federativa

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): CONRADO — Primer Apellido: HERNANDEZ — Segundo Apellido: ANTONIO

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): HIJO

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○1 Médico legista ○2 Otro médico* (X)3 CERTIFICANTE (Especifique) Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○4 Autoridad civil* ○5 Otro* ○8

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 660223 — Número de la cédula profesional

27. NOMBRE: Nombre(s): EZEQUIEL — Primer Apellido: MORENO — Segundo Apellido: ZAVALA

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CALLE — 29.2 Nombre de la vialidad: FLORES MAGON — 29.3 Núm. Exterior: 59 — 29.4 Núm. Interior: — — 29.5 Tipo de asentamiento humano: BARRIO
29.6 Nombre del asentamiento humano: LA LIBERTAD — 29.7 Código Postal: 79930 — 29.8 Localidad: AXTLA DE TERRAZAS
29.9 Municipio o delegación: AXTLA DE TERRAZAS — 29.10 Entidad federativa: S.L.P — 29.11 Teléfono: 4893610459

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 02 Mes 10 Año 2017

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. 01 — Libro Núm. 05
31.1 Acta Núm. 142

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: Hidalgo y 5 de mayo altos S/N — 32.2 Municipio o delegación: Axtla de Terrazas — 32.3 Entidad federativa: S.L.P — 32.4 Día 09 Mes 10 Año 2017

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

170655293