



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

Modelo 2017  
FOLIO

170656380  
J 700000737

LOS DATOS PERSONALES 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 POSEREN EN POSEREN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>JOSE BALTAZAR HERNANDEZ</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSI</b>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: 01 Mes: 09 Año: 1964		5. CURP [Blank]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos: [Blank] Para menores de un día: [Blank] Horas: [Blank] Para menores de un mes: [Blank] Días: [Blank] Para menores de un año: [Blank] Meses: [Blank] Para personas de un año o más: 53 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>RURAL CALLE ORALIA G. DE SANCHEZ 253</b>		10.1 Tipo de vivienda <b>253</b>		10.2 Nombre de la vivienda <b>253</b>	
10.3 Núm. Exterior: [Blank] 10.4 Núm. Interior: [Blank] 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>AQUISMON</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>AQUISMON</b>		10.7 Código Postal: [Blank] 10.8 Localidad: [Blank] 10.9 Municipio o delegación: [Blank] 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero): <b>SAN LUIS POTOSI</b>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>JORNALERO</b>		12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación habitual: [Blank]		13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Blank]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.2 Tipo de afiliación: [Blank]		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: [Blank] 14.2 Clave única de establecimientos de salud (CLUES): [Blank]		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>RURAL CALLE GRADEAGA G. DE SANCHEZ 253</b>	
15.3 Núm. Exterior: [Blank] 15.4 Núm. Interior: [Blank] 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>AQUISMON</b>		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>AQUISMON</b>		15.7 Código Postal: [Blank] 15.8 Localidad: [Blank] 15.9 Municipio o delegación: [Blank] 15.10 Entidad federativa: <b>SAN LUIS POTOSI</b>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 27 Mes: 10 Año: 2017 16.1 Hora: 16 Minutos: 30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <b>INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO</b> Debido a (o como consecuencia de): [Blank] b) <b>DESORDEN LÍMBICO HÍPOFISARIO</b> Debido a (o como consecuencia de): [Blank] c) <b>GASTROENTERITIS</b> Debido a (o como consecuencia de): [Blank] d) <b>PORTADOR VIH</b> Debido a (o como consecuencia de): [Blank]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>5</b>		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones complicadas por el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22. Si la muerte fue accidental o violenta, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial <input type="radio"/> De otro tipo <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): [Blank]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]		22.6 Descripción breve de la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Blank] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Blank]	
22.7.3 Núm. Exterior: [Blank] 22.7.4 Núm. Interior: [Blank] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 22.7.7 Código Postal: [Blank] 22.7.8 Localidad: [Blank] 22.7.9 Municipio o delegación: [Blank] 22.7.10 Entidad federativa: [Blank]		23. NOMBRE <b>REYNA CALIXTO RAMIRO</b>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>HERMANA</b>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Especifique: [Blank]		26. Si el certificante es médico <b>1390116</b>		27. NOMBRE <b>JOSE NIETO VAZQUEZ</b>	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: [Blank] 28.2 Nombre de la vivienda: [Blank] 28.3 Núm. Exterior: [Blank] 28.4 Núm. Interior: [Blank] 28.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 28.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 28.7 Código Postal: [Blank] 28.8 Localidad: [Blank] 28.9 Municipio o delegación: [Blank] 28.10 Entidad federativa: [Blank] 28.11 Teléfono: [Blank]		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 07 Mes: 11 Año: 2017		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: <b>Aquismon</b> 30.2 Municipio o delegación: <b>003 San Luis Potosi</b> 30.3 Entidad federativa: <b>29</b> 30.4 Día: <b>08</b> 30.5 Mes: <b>11</b> 30.6 Año: <b>2017</b>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: <b>01</b> , Libro Núm.: <b>05</b> 31.1 Acta Núm.: <b>131</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <b>Aquismon</b> 32.2 Municipio o delegación: <b>003 San Luis Potosi</b> 32.3 Entidad federativa: <b>29</b> 32.4 Día: <b>08</b> 32.5 Mes: <b>11</b> 32.6 Año: <b>2017</b>		33. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD	