



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170656380
J 100000737

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 PARTICULARIZADOS.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	JOSE BALTAZAR HERNANDEZ		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO	0 1 0 9 1 9 6 4	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI	
5. CURP			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"/> → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	5 3	Se ignora <input type="radio"/>
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos		
Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL	RURAL CALLE ORALIA G. DE SANCHEZ 253	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad			
253	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del departamento humano			
				10.7 Código Postal		AQUISMON	
				10.8 Localidad		AQUISMON	
				10.9 Municipio o delegación		SAN LUIS POTOSI	
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		JORNALERO	Se ignora <input type="radio"/> 99
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Postgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 9	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la entidad médica		Vía Pública <input type="radio"/> 10 Víaicular <input type="radio"/> 12	
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	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	
253	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		CALLE GRADECAS G. DE SANCHEZ 253	
				15.7 Código Postal		AQUISMON	
				15.8 Localidad		AQUISMON	
				15.9 Municipio o delegación		SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	2 7 1 0 2 0 1 7 1 6 3 0	Horas Minutos	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	15.10 Entidad federativa
			Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: parto normal, asfixia, etc.)			
PARTE I	INFARTO AGUDO AL NEOCARDIO						
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	DESEQUILIBRIO HIDROELÉCTRICO						
a) Causas antecedentes	GASTROENTERITIS						
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba en el último lugar la causa básica	PORTADOR VIH.						
b) DESEQUILIBRIO HIDROELÉCTRICO	d) PORTADOR VIH.						
c) GASTROENTERITIS							
d) PORTADOR VIH.							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que tuvieron a la muerte o lesión no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
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?		21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1 Parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	5 MESES		Uso exclusivo del personal codificador
El embarazo <input type="radio"/> 1 Parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			Código CIE
43 días a 11 meses							
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4							
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 Sitio donde ocurrió la lesión		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Sitio donde ocurrió la lesión		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desembarco? <input type="radio"/> 1 Vivienda particular <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o comerío <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 5 Oficina o servicio público <input type="radio"/> 6 Área comercial <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.3 <input type="radio"/> 1 Vivienda particular <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o comerío <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 5 Oficina o servicio público <input type="radio"/> 6 Área comercial <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.4 <input type="radio"/> 1 Presunto agresor con el(fa) fallecido(a) <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias e 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
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE	REYNA CALIXTO RAMIRO		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		HERMANA		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA		
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5	1390116		JOSE NIETO VAZQUEZ				
	Número de la cédula profesional		Primer Apellido		Segundo Apellido		
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior
HBC. DE AQUISMON.							
29.5 Nombre del asentamiento humano	29.6 Código Postal		29.7 Localidad		29.8 Municipio o delegación		29.9 Entidad federativa
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LOCALIDAD		34. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Núm. 01, Libro Núm. 05	AQUISMON 003 San Luis Potosi 29/08/11/2017		AQUISMON		07 1120 17		
31. Acta Núm. 31	32. Municipio o delegación		33. Entidad federativa		34. Dia Mes Año		

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

170656380