



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017  
FOLIO

170851529

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		BRYAN RAFAEL REYES HERNANDEZ	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
21 08 1990		SAN LUIS POTOSI	
5. CURP REIHB900821MSPYRY01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
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 _____ Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote:			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			
8.2 Semanas de gestación:			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
CALLE COMUNIDAD		10.1 Tipo de vialidad EL CAÑON	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.2 Nombre de la vialidad EL CAÑON	
10.5 Tipo de asentamiento humano EL CAÑON		10.6 Nombre del asentamiento humano XILITLA SAN LUIS POTOSI	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad XILITLA SAN LUIS POTOSI	
10.9 Municipio o delegación XILITLA SAN LUIS POTOSI		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 type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" 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 ESTUDIANTE		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Se ignora <input type="radio"/> 99		12.2 Ocupación profesional Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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		14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 SEMAR <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	
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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN VEREDA		15.1 Tipo de vialidad COMUNIDAD	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.2 Nombre de la vialidad EL CAÑON	
15.5 Tipo de asentamiento humano EL CAÑON		15.6 Nombre del asentamiento humano XILITLA SAN LUIS POTOSI	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad XILITLA SAN LUIS POTOSI	
15.9 Municipio o delegación XILITLA SAN LUIS POTOSI		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
17032017 1830		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? 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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Causa de la muerte SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO a) A HERIDA PUNZOPENETRANTE PULMON Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionando en último lugar la causa básica		19.2 Causa de la muerte A HERIDA PUNZOPENETRANTE PULMON Debido a (o como consecuencia de)	
b)		19.3 Causa de la muerte A HERIDA PUNZOPENETRANTE PULMON Debido a (o como consecuencia de)	
c)		19.4 Causa de la muerte A HERIDA PUNZOPENETRANTE PULMON Debido a (o como consecuencia de)	
d)		19.5 Causa de la muerte A HERIDA PUNZOPENETRANTE PULMON Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		19.6 Causa de la muerte A HERIDA PUNZOPENETRANTE PULMON Debido a (o como consecuencia de)	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 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 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> 6 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Describa brevemente la situación, circunstancias y motivos en que se produjo la lesión del presente accidente, homicidio o suicidio EN VIA PÚBLICA HERIDA PUNZOPENETRANTE EN REGION DORSALIZADURA, MUERTE POR SHOCK HIPOVOLÉMICO		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) SE DESCONOC E.	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio VENEDA COMUNIDAD		22.7.2 Nombre de la vialidad LOS PINOS	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano EL CAÑON	
22.7.7 Código Postal		22.7.6 Nombre del asentamiento humano XILITLA SAN LUIS POTOSI	
22.7.8 Localidad XILITLA SAN LUIS POTOSI		22.7.9 Municipio o delegación XILITLA SAN LUIS POTOSI	
22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE Mayra REYES HERNANDEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HERMANA	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 379913	
27. NOMBRE JAVIER FCO. ORIZAGA MARTINEZ		28. FIRMA J.F.O.	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE 7 ADAGOZA 132		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20/03/2017	
29.1 Tipo de vialidad ZONA CENTRO 7991010		29.2 Nombre de la vialidad XILITLA	
29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		29.8 Localidad XILITLA	
29.5 Tipo de asentamiento humano XILITLA SAN LUIS POTOSI		29.11 Teléfono	
29.6 Nombre del asentamiento humano XILITLA SAN LUIS POTOSI		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20/03/2017	
29.9 Municipio o delegación XILITLA SAN LUIS POTOSI		31.1 Aclá Núm. 56	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO XILITLA SAN LUIS POTOSI 1230312017	
32.1 Localidad XILITLA SAN LUIS POTOSI		32.2 Municipio o delegación XILITLA SAN LUIS POTOSI	
32.3 Entidad federativa XILITLA SAN LUIS POTOSI		32.4 Día Mes Año	

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

170851529