



## SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

180645514

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
EJERTEA HUERTA		1949-7		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		H40F771010HISR4444		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		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		40	
Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 9			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:													
8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		8.4 Longitud (centímetros):		8.5 Ancho de la mandibula (centímetros):		8.6 Ancho de la cintura (centímetros):		8.7 Circunferencia de la cintura (centímetros):		8.8 Circunferencia de la axila (centímetros):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CALLE		10.1 Tipo de vialidad		CALLE		10.2 Nombre de la vialidad		BALCONES DEL VALLE	
10.3 Núm. Externo		10.4 Núm. Interior		SAN LUIS POTOSI		10.5 Tipo de asentamiento humano		SAN LUIS POTOSI		10.6 Nombre del asentamiento humano		MC 210	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es:		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL		COMERCIAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
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"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		14.2 Clave técnica de Establecimientos de Salud (CLUES):		14.3 Número de seguridad social o afiliación		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Núm. Exterior		15.2 Núm. Interior		15.3 Tipo de vialidad		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
1420718										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	
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											
a)		TUMOR MALIGNO DE LA MAMA											
b)		Debido a (o como consecuencia de)											
c)		Debido a (o como consecuencia de)											
d)		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 moroso que la produjo													
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?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21.4 Anote el periodo gestacional		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE			
43 días a 11 meses		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99						CS09			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		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:				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 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Área industrial <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9					
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Anexo 8											
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													
23. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
LARINA		HUEARTA		DON JUAN									
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input 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		7240382		Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido						28. FIRMA	
LARINA DEL SOTO VIEJO		DON JUAN		HUEARTA									
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Número de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
PUEBLO SAN LUIS POTOSI		JAVIER VIEJO		DON JUAN		HUEARTA		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Fecha de certificación	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LOCALIDAD		34. MUNICIPIO O DELEGACIÓN		35. ENTIDAD FEDERATIVA		36. DIA		37. MES	

180645514