



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180646984

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES
ENTREGUE H. ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DE DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maria Elena Peralta Guenaro		Primer Apellido	Segundo Apellido
		Nombre(s)					
2. FECHA DE NACIMIENTO		16 04 1956	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
Día Mes Año					Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		PEGE560416MSPRRL0		Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD
					Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/>	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/>	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/>	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/>	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/>	16 2 Se ignora <input type="radio"/>
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	
						Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle 260 Fraccionamiento	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	
						Capricornio	10.6 Nombre del asentamiento humano
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación
718139191			San Luis Potosí		10.7 Código Postal	San Luis Potosí	San Luis Potosí
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
						Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Ama de Casa
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación
							417850013G 6F1956PE
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	H G Z No 50	Vía pública <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano
		718139191		Colonia	Avenida 205	Prados de San Vicente	San Luis Potosí
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?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
		18 09 2018	21 53				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I				19.2 Parte II	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Paro Respiratorio</i> Debido a (o como consecuencia de)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, comprendiendo en último lugar la causa básica		b) <i>Cancer de mama con metastasis cerebral</i> Debido a (o como consecuencia de)				<i>1 dia</i>	
		c) <i></i> Debido a (o como consecuencia de)				<i>1 año</i>	
		d) <i></i>					
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
		El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Código CIE
43 días a 11 meses		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	después del parto o aborto <input type="radio"/>				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente		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)	
		Accidente <input type="radio"/>	Homicidio <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/>		
Suicidio <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/>		
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		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	Granja <input type="radio"/>		
				Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Rancho o parcela <input type="radio"/>		
				Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>		
					Se ignora <input type="radio"/>		
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		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.7 Código Postal	
						22.7.8 Localidad	
						22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE		Claudia Gabriela Lopez Peralta				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Hija	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				Otro médico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Raúl Gallo Ranger				27. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Ricardo Salazar	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Avenida Tongamanga 205				29.4 Núm. Interior	
		Colonia Prados de San Vicente				29.5 Tipo de asentamiento humano	
		San Luis Potosí				29.6 Nombre del asentamiento humano	
		29.7 Código Postal				29.8 Localidad	
		718139191				29.9 Municipio o delegación	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE LA IZQDRDA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
				9448216363		18 09 2018	
						Día Mes Año	

180646984