



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180649576

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 PARTICULARS

180649576

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Manuel Alberto Gomez		SANCIS	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		10 20 41 974	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
Día Mes Año		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		SAN LUIS POTOSI	
5. CURP		GJ05IN740402HSPMRN05		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/> → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	
		Calle Avenida		Avenida	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
218210		218210		TEQUISQUIC PAN	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		San Luis Potosi		San Luis Potosi	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12. Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> 13.11. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>		12. Ocupación Habitual	
IMSS <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica		IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		comerciante	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> 15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
205		COLONIA		Poblado de SAN VICENTE 1A sección	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
15.10 Entidad federativa		San Luis Potosi		San Luis Potosi	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		10 30 12 20 19 10 11 35		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Día Mes Año Horas Minutos		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		a) choque septico		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I		Debido a (o como consecuencia de)		29.1 Código CIE	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				29.2 Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándolas en último lugar la causa básica		b) meningitis micótica		29.3 Código CIE	
{		Debido a (o como consecuencia de)		29.4 Código CIE	
c) infección por virus de inmunodeficiencia humana		Debido a (o como consecuencia de)		29.5 Código CIE	
d)					
PARTE II					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos 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?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 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(a) fallecido(a)	
43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 44 días después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Anexo 8	
Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> 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	
Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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		22.8. Localidad		22.9. Municipio o delegación	
23. NOMBRE		MARIO		SANCIS	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otra médica* <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otra* <input type="checkbox"/> *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		JUAN MARTIN HAYOS		3509228	
Nombre(s)		Primer Apellido		Número de la cédula profesional	
28. Firma					
29. DOMICILIO Y TELEFONO		Avenida TANGAMANGUA 205		29.1 Tipo de vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.2 Nombre de la vialidad	
SAN LUIS POTOSI		29.8 Localidad		29.3 Núm. Exterior	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.4 Núm. Interior	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				29.5 Tipo de asentamiento humano	
EG.		31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	