



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180653164

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		MA. ALICIA RUIZ VERDE	
Nombre(s) Primer Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
		SAN LUIS POTOSI	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
		Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos	
		O 38 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):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad BOULEVARD	
		10.2 Nombre de la vialidad CENTRO	
		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano J 961 N COLONIA	
		10.6 Nombre del asentamiento humano RIVIERNE SAN LUIS POTOSI	
		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		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
		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"/> 7 Incompleta <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación 2407640601	
		IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica SEMAR	
		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad BOULEVARD	
		15.2 Nombre de la vialidad CENTRO	
		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano J 961 D RIVIERNE	
		15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha y hora de la defunción 23 05 2018 19 00	
		16.2 Número de la vialidad 10 MINUTOS	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17.1 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 MINUTOS	
		Código CIE J 960	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.2 Causa básica de defunción A 1 6 2	
		19.3 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
20. MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE A 1 6 2	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 8 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 9 pública	
		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
23. NOMBRE		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 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido MARGARITA RUIZ VERDE	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR	
		Hermana	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 17 00	

LOS DATOS PERSONALES ESTAN 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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

53164