



396

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

180657489

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 PARTICULARS

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		PASCUAL HERNANDEZ HERNANDEZ				
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		11 04 1993	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI		
		Día Mes Año			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		HEHPP930411HSPRRESO2		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
					7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →		
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 99	
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)		MIRAS EL AZUL CAMORDO		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	
		54						
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	TENCAZAPAS		10.6 Nombre del asentamiento humano	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		Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Profesional <input type="radio"/> 8	Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación habitual	
						Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
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	HRP # 44		14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		CARRETERA ZACATLÁN		TAMAZUNCHALE - SAN MARTIN KM 03		15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	TAMAZUNCHALE		15.6 Nombre del asentamiento humano	
				ZACATLÁN	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		29 08 2018	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa	15.11 Número de la vialidad	15.12 Nombre de la vialidad		
		Día Mes Año	Horas	Minutos	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 Se ignora <input type="radio"/> 99		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I						
		Causa principal: TUBERCULOSIS PULMONAR						
		Debido a (o como consecuencia de):						
		Causas antecedentes: CHOQUE SEPTICO						
		Debido a (o como consecuencia de):						
		Causas antecedentes: Debido a (o como consecuencia de):						
19.2 Parte II		Causas antecedentes: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo						
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE						
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?	Uso exclusivo del personal codificador		
		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		
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)		
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		
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						
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		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		Lucio HERNANDEZ Pérez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	HERMANO .			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	MÉDICO ENFERMEL DE GUARDIA	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
					*Especifique	5592517	Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Luis ALBERTO SANCHEZ CARBALLO		28. FIRMA				
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		CARRETERA TAMAZUNCHALE - SAN MARTIN KM 03		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	ZACATLÁN .	29.5 Tipo de asentamiento humano		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN								

180657489