



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

FOLIO 180658802

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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) Nirca Hernández		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 01/02/2019		10.1 Tipo de vitalidad El padre (Comunidad)		10.2 Nombre de la vitalidad Potosí	
5. CURP [Empty]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ 1 Se ☐ 2		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Días Meses Años		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5 En unión libre ☐ 4		10.3 N° de la vitalidad 10.4 N° de la vitalidad 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 45 Avenida El Cedrel (Comunidad)		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ 1 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 privada ☐ 9		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vitalidad 15.2 Nombre de la vitalidad 15.3 N°m. Exterior 15.4 N°m. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28/02/2019 11:25		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) a) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Broncoespasmo c) Debido a (e) como consecuencia de) d) Debido a (e) como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 2 hora 596		21. Si LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 3 21.2 Si las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2 21.3 Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2	
22. Si LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ 1 homicidio ☐ 2 suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Vivienda colectiva ☐ 1 (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina ☐ 2 Área comercial o pública ☐ 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vitalidad 22.7.2 Nombre de la vitalidad 22.7.3 N°m. Exterior 22.7.4 N°m. 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 González Hernández 23.1 Nombre González 23.2 Nombre Hernández 23.3 Nombre del asentamiento humano 23.4 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Medio	
25. CERTIFICADA POR Médico legista ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 Especifique		26. Si EL CERTIFICANTE ES MÉDICO En Trámite Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Reyes Reveldo Medelín Robles 27.1 Nombre Reyes 27.2 Nombre Reveldo 27.3 Nombre del asentamiento humano 27.4 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Medio	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad 29.2 Nombre de la vitalidad 29.3 N°m. Exterior 29.4 N°m. 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		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28/02/2019		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	