



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190663046

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 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 LOS PARTICULARES		SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO																
DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Mauricio			Alvarado			López							
		Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido										
		2. FECHA DE NACIMIENTO			27 04 1976			3. SEXO			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO							
		Día Mes Año			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			San Luis Potosí										
		5. CURP			AALM760427HSPLIXR01			6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD							
								Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →							
		8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Minutos			Para menores de un día <input type="radio"/> 1 Horas			Para menores de un mes <input type="radio"/> 1 Días							
											Para menores de un año <input type="radio"/> 1 Meses							
											Para personas de un año o más <input type="radio"/> 1 Años cumplidos							
											42 Se ignora <input type="radio"/> 9							
DE LA DEFUNCIÓN		Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):			9. ESTADO CONYUGAL							
		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:									Separado(a) <input type="radio"/> 6							
											Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5							
											En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9							
		10. RESIDENCIA HABITUAL			Fracc. San José			10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad							
		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)									G. Dc. la Huerta							
		10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano							
								Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí										
		10.7 Código Postal			10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		11. ESCOLARIDAD			Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL							
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10			Se ignora <input type="radio"/> 99			Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			Comerciante <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99							
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
		IMSS <input type="radio"/> 2 PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6			Otra unidad pública <input type="radio"/> 8													
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			Hosp. Gral. de Soledad			15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad							
		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7			Unidad médica privada <input type="radio"/> 9													
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			Prolong. Valentín Amador. Esq. Calle la Flor			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano							
1112									Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí									
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.7 Código Postal			15.8 Localidad									
									15.9 Municipio o delegación									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			01 03 2019 08:22			15.10 Entidad federativa			17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
Día Mes Año			Horas Minutos						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2						
DEL INF.		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
		PARTE I			Acidosis Respiratoria			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	
		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						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				
								43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5							
		PARTE II			Tuberculosis Pulmonar													
		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo																
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			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				
		22.1 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?			Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2			Área industrial <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 1 Área comercial <input type="radio"/> 5			22.4.1 Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8				
					Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4			22.4.2 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			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															
DEL CERTIFICANTE		23. NOMBRE			Ana Karina Rivera			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)										
		Nombre(s)			Primer Apellido			Martínez			Esposa							
		25. CERTIFICADA POR			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO													
		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5			Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8			*Especifique			Número de la cédula profesional							
		27. NOMBRE			Carolina Vázquez			García			28. FIRMA							
		Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido										
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO			Prolong. Valentín Amador. Esq. Calle la Flor #112			29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad							
		29.9 Número del asentamiento humano						78436			29.11 Teléfono							
29.10 Entidad federativa																		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN																		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO															
29.9 Municipio o delegación																		
29.10 Entidad federativa																		
29.11 Teléfono																		
30.1 Dia 30.2 Mes 30.3 Año																		

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS

190663046

