



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

Modelo 2017.1
FOLIO

190673001

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

| | | |
|--|---|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Marco Esau</u> Castro <u>Denes</u> 1901153 Primer Apellido Segundo Apellido | | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>04</u> Mes <u>03</u> Año <u>2017</u> | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) |
| 5. CURP <u>CIADMI70304HSPISNRA6</u> Se ignora <input type="radio"/> | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> <u>Mexicana</u> Especifique |
| 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>1</u> Se ignora <input type="radio"/> | 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): | 9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>Esméralda</u> <u>109</u> <u>Colonia</u> <u>Pedregal San Marcos</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>7916104</u> <u>Rioverde</u> <u>Rioverde</u> <u>San Luis Potosí</u> 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 checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 13.1 Número de seguridad social o afiliación |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Rioverde IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> | | 14.1 Nombre de la unidad médica <u>SSA/01010945</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>SN</u> <u>Calle</u> <u>Guerra y Carretera San Carlos de Arriba</u> <u>7916110</u> <u>Rioverde</u> <u>Rioverde</u> <u>San Luis Potosí</u> 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 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 Día <u>05</u> Mes <u>01</u> Año <u>2019</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>30</u> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de dificultad respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía Adquirida en comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Displasia broncopulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Prematuridad extrema</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Traqueobroncomalasia</u> <u>Desnutrición</u> |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>180X</u> <u>J18.9</u> <u>P280</u> <u>P072</u> <u>J39.8</u> <u>E46X</u> | | 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Colonia</u> |
| 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 Añote 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 Nombre(s) <u>Lucio</u> <u>Correa</u> <u>Sosa</u> Primer Apellido Segundo Apellido | | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) |
| 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> | | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3279643</u> Número de la cédula profesional |
| 27. NOMBRE Nombre(s) <u>Lucio</u> <u>Correa</u> <u>Sosa</u> Primer Apellido Segundo Apellido | | 28. FIRMA |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle <u>Guerra y Carretera San Carlos de Arriba</u> <u>SN</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <u>Centro</u> <u>7916110</u> <u>Rioverde</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rioverde</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>4878729159</u> 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 Día <u>05</u> Mes <u>01</u> Año <u>2019</u> |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>23</u> | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Rioverde</u> <u>100124</u> <u>Rioverde</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>124108012019</u> 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año |

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD