



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190674516

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			ANCEMO HERVANDEZ TORRES									Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			2. FECHA DE NACIMIENTO 10/05/1937 Día Mes Año			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			5. CURP			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"/> → Se ignora <input type="radio"/>			8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Edad cumplida				Minutos	Horas	Días	Meses				10.82 Años cumplidos	Para menores de 28 días anote:																								10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			CALLE NICOLAS BRAVO			10.2 Nombre de la vialidad EL CAPULIN			SIN NOMBRE			10.4 Número de la vialidad 10.5 Tipo de asentamiento humano EL CAPULIN RIOVERDE			10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI			10.3 Número Exterior 19605			10.7 Código Postal 10.8 Localidad EL CAPULIN			10.9 Municipio o delegación RIOVERDE			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL CHOFER 55			Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/>			Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación 2410883562			Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99									14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			14.3 Número de la vialidad CALLE NICOLAS BRAVO			Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8									15.1 Tipo de vialidad EL CAPULIN			IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6									15.2 Nombre de la vialidad EL CAPULIN			15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SIN NOMBRE			15.5 Tipo de asentamiento humano EL CAPULIN RIOVERDE			15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI			15.3 Número Exterior 19605			15.7 Código Postal 15.8 Localidad EL CAPULIN			15.9 Municipio o delegación RIOVERDE			15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/09/2019 05:00			16.1 Día Mes Año			16.2 Horas Minutos			16.3 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9												16.4 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)												PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente												a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)												b) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA 7449 Debido a (o como consecuencia de)												c) _____ Debido a (o como consecuencia de)												d) _____ Debido a (o como consecuencia de)												Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 MINUTO 3960												Código CIE J449												Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica												PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo												TUBERCULOSIS PULMONAR 1370 A162												20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J449												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			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			43 días a 11 meses			No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte						21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS												22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE												22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)			Homicidio <input type="radio"/> 2						Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle, carretera u obra)			Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)			Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9						Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.)			Otro <input type="radio"/> 8									Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 de servicio			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 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 Número Exterior 22.7.4 Número 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 CRISTIAN HERVANDEZ AREVALO HIJO 02												Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			25. CERTIFICADA POR												Médico tratante <input type="radio"/> 1			Médico legista <input type="radio"/> 2			Otro médico <input type="radio"/> 3			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1397125			Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			Autoridad civil* <input type="radio"/> 5			Otro* <input type="radio"/> 8			Número de la cédula profesional			*Especifique												27. NOMBRE DR. EDUARDO ORTIZ BALSERO												Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			28. FIRMA			29. DOMICILIO y TELÉFONO CALLE JUNGE FERNANDEZ SIN NOMBRE COCINA												29.1 Tipo de vialidad LA ILUSION			29.2 Nombre de la vialidad 79610			29.3 Número Exterior 29.4 Número Interior			29.5 Tipo de asentamiento humano															29.6 Nombre del asentamiento humano RIOVERDE			29.7 Código Postal SAN LUIS POTOSI			29.8 Localidad 487101371			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 05/09/2019															29.9 Municipio o delegación RIOVERDE			29.10 Entidad federativa RIOVERDE			29.11 Teléfono 1901741			31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO RIOVERDE															32.1 Localidad RIOVERDE											
	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			ANCEMO HERVANDEZ TORRES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	2. FECHA DE NACIMIENTO 10/05/1937 Día Mes Año			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	5. CURP			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"/> → Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Edad cumplida																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
				Minutos	Horas	Días	Meses				10.82 Años cumplidos																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Para menores de 28 días anote:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			CALLE NICOLAS BRAVO			10.2 Nombre de la vialidad EL CAPULIN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	SIN NOMBRE			10.4 Número de la vialidad 10.5 Tipo de asentamiento humano EL CAPULIN RIOVERDE			10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	10.3 Número Exterior 19605			10.7 Código Postal 10.8 Localidad EL CAPULIN			10.9 Municipio o delegación RIOVERDE			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL CHOFER 55																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/>			Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación 2410883562																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			14.3 Número de la vialidad CALLE NICOLAS BRAVO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8									15.1 Tipo de vialidad EL CAPULIN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6									15.2 Nombre de la vialidad EL CAPULIN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SIN NOMBRE			15.5 Tipo de asentamiento humano EL CAPULIN RIOVERDE			15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
15.3 Número Exterior 19605			15.7 Código Postal 15.8 Localidad EL CAPULIN			15.9 Municipio o delegación RIOVERDE			15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/09/2019 05:00			16.1 Día Mes Año			16.2 Horas Minutos			16.3 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
									16.4 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
b) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA 7449 Debido a (o como consecuencia de)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
c) _____ Debido a (o como consecuencia de)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
d) _____ Debido a (o como consecuencia de)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 MINUTO 3960																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Código CIE J449																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
TUBERCULOSIS PULMONAR 1370 A162																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J449																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
43 días a 11 meses			No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte						21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Homicidio <input type="radio"/> 2						Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle, carretera u obra)			Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9						Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.)			Otro <input type="radio"/> 8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
						Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 de servicio			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 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 Número Exterior 22.7.4 Número 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 CRISTIAN HERVANDEZ AREVALO HIJO 02																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
25. CERTIFICADA POR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Médico tratante <input type="radio"/> 1			Médico legista <input type="radio"/> 2			Otro médico <input type="radio"/> 3			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1397125																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			Autoridad civil* <input type="radio"/> 5			Otro* <input type="radio"/> 8			Número de la cédula profesional																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
*Especifique																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
27. NOMBRE DR. EDUARDO ORTIZ BALSERO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			28. FIRMA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
29. DOMICILIO y TELÉFONO CALLE JUNGE FERNANDEZ SIN NOMBRE COCINA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
29.1 Tipo de vialidad LA ILUSION			29.2 Nombre de la vialidad 79610			29.3 Número Exterior 29.4 Número Interior			29.5 Tipo de asentamiento humano																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
29.6 Nombre del asentamiento humano RIOVERDE			29.7 Código Postal SAN LUIS POTOSI			29.8 Localidad 487101371			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 05/09/2019																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
29.9 Municipio o delegación RIOVERDE			29.10 Entidad federativa RIOVERDE			29.11 Teléfono 1901741			31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO RIOVERDE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
32.1 Localidad RIOVERDE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		