



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1  
FOLIO

190676741

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <b>Filiberto Salvador Garcia.</b>		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <b>22</b> Mes <b>08</b> Año <b>1994</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>San Luis Potosí</b>			
5. CURP <b>SAGF940822HSPRL108</b>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →		Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Minutos _____ Horas _____ Días _____ Meses _____ Años cumplidos <b>25</b> Se ignora <input type="radio"/> 9		8.2 Semanas de gestación: <b>8.3 Peso (gramos):</b>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 5		Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Loma Bonita</b>							
10.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 10.4 Núm. Interior <input type="radio"/>		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 residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 4 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Jornalero</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2415133217</b>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" 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		14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Valles</b>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Km7</b>		15.1 Tipo de vialidad <b>Carretera Fraccionamiento Oxíx, par.</b>		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 15.4 Núm. Interior <input type="radio"/>	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Ciudad Valles San Luis Potosí</b>		15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <b>22</b> Mes <b>08</b> Año <b>2017</b> Horas <b>06</b> Minutos <b>30</b>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
a) <b>Tuberculosis Pulmonar</b>		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		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
b) Debido a (o como consecuencia de)		22.1 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
c) Debido a (o como consecuencia de)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Dibuje brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
d) Debido a (o como consecuencia de)		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 22.7.4 Núm. Interior <input type="radio"/>		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 <b>Felipa Garcia Garcia</b>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>mcare</b>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legislista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>11C1836</b>		27. NOMBRE <b>David Enrique Barrios Mendoza</b>	
27. NOMBRE <b>Carretera Mexico Laredo Km7</b>		28. FIRMA		29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>Carretera Mexico Laredo Km7</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>22082019</b>	
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior <input type="radio"/> 29.4 Núm. Interior <input type="radio"/>		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano <b>Ciudad Valles</b>		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>		29.11 Teléfono		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	
31.1 Acta Número _____		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día <input type="radio"/> 32.5 Mes <input type="radio"/> 32.6 Año <input type="radio"/>	

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