



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

Marzo 2017
FOLIO
190678209

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ANIANO		Nombre(s)		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Sexo ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) SAN LUIS POTOSÍ		5. CURP ALCHIA4910131310HSPICRIN011		6. ¿HABLA ALGUINA? Si ☐ No ☒ Lengua indígena ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 13/10/1949		10.3 Num. Exterior 1391913101		10.4 Num. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano BARBIO		10.6 Localidad ACTLA DE TERPAZAS		10.7 Código Postal		10.8 Nombre de la vitalidad EMILIANO ZAPATA	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) S/N		10.1 Tipo de vitalidad BARBIO		10.2 Nombre de la vitalidad COAMILA		10.3 Nombre de asentamiento humano SAN LUIS POTOSÍ		10.4 Nombre de la vitalidad COAMILA		10.5 Nombre de la vitalidad COAMILA		10.6 Nombre de la vitalidad COAMILA	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Para menores de una hora: Para menores de una hora:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 		8.2 Semanas de gestación: 		8.3 Peso de gestación (gramos): 		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐		10.9 Estado conyugal En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐		11.1 Estado conyugal En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐		11.2 Tipo de escolaridad Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐		11.3 Tipo de escolaridad Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐		11.4 Tipo de escolaridad Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐		11.5 Tipo de escolaridad Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐		11.6 Tipo de escolaridad Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐		11.7 Tipo de escolaridad Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Superior ☐	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		12.1 Tipo de afiliación MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		12.2 Tipo de afiliación MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		12.3 Tipo de afiliación MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		12.4 Tipo de afiliación MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		12.5 Tipo de afiliación MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		12.6 Tipo de afiliación MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
13. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Secretaría de ☐ MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		13.1 Tipo de sitio Secretaría de ☐ MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		13.2 Tipo de sitio Secretaría de ☐ MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		13.3 Tipo de sitio Secretaría de ☐ MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		13.4 Tipo de sitio Secretaría de ☐ MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		13.5 Tipo de sitio Secretaría de ☐ MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐		13.6 Tipo de sitio Secretaría de ☐ MSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN S/N		14.1 Tipo de domicilio S/N		14.2 Tipo de domicilio S/N		14.3 Tipo de domicilio S/N		14.4 Tipo de domicilio S/N		14.5 Tipo de domicilio S/N		14.6 Tipo de domicilio S/N	
15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) INSOLACIÓN b) HIPERGLUCEMIA c) DIABETES MELLITUS Debido a la consecuencia de la		15.1 Tipo de causa INSOLACIÓN		15.2 Tipo de causa HIPERGLUCEMIA		15.3 Tipo de causa DIABETES MELLITUS		15.4 Tipo de causa INSOLACIÓN		15.5 Tipo de causa HIPERGLUCEMIA		15.6 Tipo de causa DIABETES MELLITUS	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 19/05/2019 17:10		16.1 Tipo de fecha y hora 19/05/2019 17:10		16.2 Tipo de fecha y hora 19/05/2019 17:10		16.3 Tipo de fecha y hora 19/05/2019 17:10		16.4 Tipo de fecha y hora 19/05/2019 17:10		16.5 Tipo de fecha y hora 19/05/2019 17:10		16.6 Tipo de fecha y hora 19/05/2019 17:10	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐		17.1 Tipo de atención Si		17.2 Tipo de atención Si		17.3 Tipo de atención Si		17.4 Tipo de atención Si		17.5 Tipo de atención Si		17.6 Tipo de atención Si	
18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Si ☐ No ☒		18.1 Tipo de necropsia No		18.2 Tipo de necropsia No		18.3 Tipo de necropsia No		18.4 Tipo de necropsia No		18.5 Tipo de necropsia No		18.6 Tipo de necropsia No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) INSOLACIÓN b) HIPERGLUCEMIA c) DIABETES MELLITUS Debido a la consecuencia de la		19.1 Tipo de causa INSOLACIÓN		19.2 Tipo de causa HIPERGLUCEMIA		19.3 Tipo de causa DIABETES MELLITUS		19.4 Tipo de causa INSOLACIÓN		19.5 Tipo de causa HIPERGLUCEMIA		19.6 Tipo de causa DIABETES MELLITUS	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 34		20.1 Tipo de causa 34		20.2 Tipo de causa 34		20.3 Tipo de causa 34		20.4 Tipo de causa 34		20.5 Tipo de causa 34		20.6 Tipo de causa 34	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐		21.1 Tipo de muerte El parto		21.2 Tipo de muerte El parto		21.3 Tipo de muerte El parto		21.4 Tipo de muerte El parto		21.5 Tipo de muerte El parto		21.6 Tipo de muerte El parto	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐		22.1 Tipo de muerte Accidente		22.2 Tipo de muerte Accidente		22.3 Tipo de muerte Accidente		22.4 Tipo de muerte Accidente		22.5 Tipo de muerte Accidente		22.6 Tipo de muerte Accidente	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 108		22.5 Tipo de registro 108		22.6 Tipo de registro 108		22.7 Tipo de registro 108		22.8 Tipo de registro 108		22.9 Tipo de registro 108		22.10 Tipo de registro 108	
23. NOMBRE ANIANO Nombre(s)		23.1 Tipo de nombre ANIANO		23.2 Tipo de nombre ANIANO		23.3 Tipo de nombre ANIANO		23.4 Tipo de nombre ANIANO		23.5 Tipo de nombre ANIANO		23.6 Tipo de nombre ANIANO	
24. NOMBRE ACOSTA Nombre(s)		24.1 Tipo de nombre ACOSTA		24.2 Tipo de nombre ACOSTA		24.3 Tipo de nombre ACOSTA		24.4 Tipo de nombre ACOSTA		24.5 Tipo de nombre ACOSTA		24.6 Tipo de nombre ACOSTA	
25. CERTIFICADA POR Médico legista ☐ Otro médico ☐ Secretería de Salud ☐		25.1 Tipo de certificación Médico legista		25.2 Tipo de certificación Médico legista		25.3 Tipo de certificación Médico legista		25.4 Tipo de certificación Médico legista		25.5 Tipo de certificación Médico legista		25.6 Tipo de certificación Médico legista	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 3569370		26.1 Tipo de certificación 3569370		26.2 Tipo de certificación 3569370		26.3 Tipo de certificación 3569370		26.4 Tipo de certificación 3569370		26.5 Tipo de certificación 3569370		26.6 Tipo de certificación 3569370	
27. NOMBRE RIVERA Nombre(s)		27.1 Tipo de nombre RIVERA		27.2 Tipo de nombre RIVERA		27.3 Tipo de nombre RIVERA		27.4 Tipo de nombre RIVERA		27.5 Tipo de nombre RIVERA		27.6 Tipo de nombre RIVERA	
28. NOMBRE COZACA Nombre(s)		28.1 Tipo de nombre COZACA		28.2 Tipo de nombre COZACA		28.3 Tipo de nombre COZACA		28.4 Tipo de nombre COZACA		28.5 Tipo de nombre COZACA		28.6 Tipo de nombre COZACA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE 29.1 Tipo de vitalidad BARBIO		29.1 Tipo de vitalidad BARBIO		29.2 Tipo de vitalidad BARBIO		29.3 Tipo de vitalidad BARBIO		29.4 Tipo de vitalidad BARBIO		29.5 Tipo de vitalidad BARBIO		29.6 Tipo de vitalidad BARBIO	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 19/05/2019		30.1 Tipo de fecha 19/05/2019		30.2 Tipo de fecha 19/05/2019		30.3 Tipo de fecha 19/05/2019		30.4 Tipo de fecha 19/05/2019		30.5 Tipo de fecha 19/05/2019		30.6 Tipo de fecha 19/05/2019	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Mém. ☐ Libro Num. ☐		31.1 Tipo de inscripción Libro Num.		31.2 Tipo de inscripción Libro Num.		31.3 Tipo de inscripción Libro Num.		31.4 Tipo de inscripción Libro Num.		31.5 Tipo de inscripción Libro Num.		31.6 Tipo de inscripción Libro Num.	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad ACTLA DE TERPAZAS		32.1 Tipo de lugar ACTLA DE TERPAZAS		32.2 Tipo de lugar ACTLA DE TERPAZAS		32.3 Tipo de lugar ACTLA DE TERPAZAS		32.4 Tipo de lugar ACTLA DE TERPAZAS		32.5 Tipo de lugar ACTLA DE TERPAZAS		32.6 Tipo de lugar ACTLA DE TERPAZAS	
33. ENTIDAD FEDERATIVA O DELEGACIÓN 33.1 Acta Num. 108		33.1 Tipo de entidad 108		33.2 Tipo de entidad 108		33.3 Tipo de entidad 108		33.4 Tipo de entidad 108		33.5 Tipo de entidad 108		33.6 Tipo de entidad 108	

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