



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

Mes año 2017
FOLIO

190678477

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Saul Hernandez Hernandez	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
15/11/2011		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí
Día Mes Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
HEIHS11811115HSIP1RIZA13		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique
7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
Mexicana <input checked="" type="radio"/>		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"/> 8.1 Edad de gestación: 8.2 Semanas (gramos):	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Años cumplidos
8.1.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.3 Peso (gramos):	8.4.1 Localidad
8.4.2 Número de la vialidad		8.4.3 Municipio o delegación	8.4.4 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	
10.3 Núm. Exterior 136		10.4 Núm. Interior 71919310	10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia
10.6 Localidad Axtla		10.7 Código Postal 71919310	10.8 Municipio o delegación San Luis Potosí
10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Primaria <input type="radio"/> 1 O 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Secundaria <input type="radio"/> 5 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> PROSPERA <input checked="" type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	14.1 Número de la unidad médica HR 16 Santo Caturicá Axtla
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11
IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Número de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior 136		15.4 Núm. Interior 71919310	15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano Axtla de Terrazas		15.7 Código Postal 71919310	15.8 Localidad Axtla de Terrazas
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí	15.11 Municipio o delegación
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
11/20/18 12:01:19		17.1 Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
Día Mes Año Horas Minutos		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 60 min	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Código CIE	
PARTE I		Causa principal	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Choque mixto</i> Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes		b) <i>Neumonía adquirida en la comunidad</i> Debido a (o como consecuencia de)	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		c) <i>Debilidad</i> Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II		Causas secundarias	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones después del embarazo, parto o puerperio?	
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	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada 6 los últimos 11 meses previo a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8
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 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
23. NOMBRE		Hernandez Hernandez	Padre
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		7980280	
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		28. FIRMA	
Karla Isabel Martinez Perez		K. Perez	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Calle Libramiento al Cobach 136		29.1 Número de la vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano
Santo Mero II 71919310		Axtla de Terrazas	Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad
Axtla de Terrazas		71919310	San Luis Potosí
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono
31.1 Acta Núm.		Dia Mes Año	Dia Mes Año
31.2 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
32.1 Localidad		Hidalgo y S de Mayo altos s/n	
32.2 Municipio o delegación		Axtla de Terrazas, S.L.P. 10410972019	
32.3 Entidad federativa		32.4 Dia Mes Año	

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