



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190681728

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Francisco López Medina</i>	Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <i>04/10/1942</i>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>Ciudad de México</i> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
	5. CURP <i>A0MFF4211004HDFPDR07</i>	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"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos <i>077</i>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: <i>Calle</i> 10.2 Nombre de la vialidad: <i>Primera Oriente</i> 10.3 Núm. Exterior: <i>315</i> 10.4 Núm. Interior: <i>Colonia</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <i>San Miguel de la Colina</i> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 10.7 Código Postal: <i>781421</i> 10.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 10.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <i>San Luis Potosí</i>		
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Contador</i> 12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <i>Hospital General de Soledad</i> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.3 Tipo de vialidad: <i>Via pública</i> 14.4 Nombre de la vialidad: <i>Voluntaria Amador</i> 14.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Genovevo Rivas Guillén</i> 14.6 Nombre del asentamiento humano: <i>Soledad de Guadalupe Sánchez</i> 14.7 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i>		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <i>Avenida</i> 15.2 Nombre de la vialidad: <i>Voluntaria Amador</i> 15.3 Núm. Exterior: <i>1112</i> 15.4 Núm. Interior: <i>Colonia</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Genovevo Rivas Guillén</i> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <i>Soledad de Guadalupe Sánchez</i> 15.7 Código Postal: <i>781421</i> 15.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 15.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 15.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i>		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>30/09/2020 15:40</i> Día Mes Año Horas Minutos		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
DEL CERTIFICANTE	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <i>Neumonía atípica SARS COV 2</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Hipotirroidismo</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Hipotirroidismo</i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i>Hipotirroidismo</i> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <i>22 días</i> Código CIE: <i>Años</i>		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <i>Años</i>		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 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: <i>Avenida</i> 22.7.2 Nombre de la vialidad: <i>Voluntaria Amador</i> 22.7.3 Núm. Exterior: <i>1112</i> 22.7.4 Núm. Interior: <i>Colonia</i> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Genovevo Rivas Guillén</i> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <i>Soledad de Guadalupe Sánchez</i> 22.7.7 Código Postal: <i>781421</i> 22.7.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 22.7.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 22.7.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i>		
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <i>Rosa María López Arenas</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hija</i>		
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>3272274</i> Número de la cédula profesional		
REG. IL	27. NOMBRE <i>Lucia Susana Orduña Torres</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
	28. FIRMA <i>Chauca</i>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <i>Avenida</i> 29.2 Nombre de la vialidad: <i>Voluntaria Amador</i> 29.3 Núm. Exterior: <i>1112</i> 29.4 Núm. Interior: <i>Colonia</i> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Genovevo Rivas Guillén</i> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <i>Soledad de Guadalupe Sánchez</i> 29.7 Código Postal: <i>781421</i> 29.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 29.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 29.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i> 29.11 Teléfono: <i>4448364140</i>		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>30/09/2020</i> Día Mes Año		
REG. IL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		