



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

190681733

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Libia Castillo Gutiérrez		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		15 06 1938	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
5. CURP		CAGL380615MSPISTB03		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
				Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1			
8. EDAD		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	Se ignora <input type="radio"/> 99		
CUMPLIDA		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos			
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL			
						Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2		
						En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3		
						Otra <input type="radio"/> 2	Soltero(a) <input type="radio"/> 1		
						Especifique			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
		149 Colonia		Plaza 4		Plutarco Elías Cárdenas			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
1784346				Soledad de Corazón Sánchez		Unidad Habitacional San Antonio			
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 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
						Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Avenida 1112 Colonia		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
		1783446		Colonia		Aeropuerto Rivas Guillén			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
				Soledad de Corazón Sánchez		San Luis Potosí			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		01 21 10	20 12 0	01 21 50	00	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
		Dia	Mes	Año	Horas	Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	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) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda									
Debido a (o como consecuencia de)									
b) Neumonía									
Debido a (o como consecuencia de)									
c) SARS COV2									
Debido a (o como consecuencia de)									
d)									
PARTE II									
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo									
Hipoparatiroidismo									
Hipertensión Arterial Sistémica									
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?			
43 días a 11 meses		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE									
22.1 Fue un presunto									
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)			
				Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)		Área deportiva <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela)			
				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)			
				Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8			
				Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 99			
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			
23. NOMBRE		Verónica Jiménez Castillo Loredo		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			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		3272274 Número de la cédula profesional			
		*Especifique							
27. NOMBRE		Lucía Susana Ordóñez Tórres		Primer Apellido		28. FIRMA			
Nombre(s)									
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Avenida Valentín Amador 1112		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior			
		Genovelo Rivas Guillén 1783446		29.7 Código Postal		29.4 Núm. Interior			
				29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano			
				29.11 Teléfono		29.10 Entidad federativa			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____						02102020	

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

190681733

1. REG. CIVIL