



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190681734

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jose' Ortiz Munro		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		19011936		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		01MJS160119HZSRRS04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD	
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación: <input type="checkbox"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		9. ESTADO CONYUGAL	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica pública <input type="checkbox"/> 9 Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.6 Nombre del asentamiento humano	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o delegación	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Neumonia atípica probable SARS CoV2</i> Debido a (o como consecuencia de)		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		Cáncer Laringeo		9 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 44 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 (rancho o parcela) Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 pública <input type="checkbox"/> 9 Se ignora <input type="checkbox"/> 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		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
23. NOMBRE		Ana María Ortiz		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
27. NOMBRE		Lucía Susana Ortiz Torres		Número de la cédula profesional	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avenida Valentín Amador 1112 Colonia		28. FIRMA	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		29.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 1 Avenida Valentín Amador <input type="checkbox"/> 2 Colonia <input type="checkbox"/> 3 Soledad de Graciano Sánchez <input type="checkbox"/> 4 San Luis Potosí <input type="checkbox"/> 5 144618260100 <input type="checkbox"/> 6 29.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 7 29.8 Localidad <input type="checkbox"/> 8 29.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 9 29.10 Entidad federativa <input type="checkbox"/> 10 29.11 Teléfono <input type="checkbox"/> 11		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		29.1 Tipo de vialidad <input type="checkbox"/> 129.2 Nombre de la vialidad <input type="checkbox"/> 139.3 Núm. Exterior <input type="checkbox"/> 149.4 Núm. Interior <input type="checkbox"/> 159.5 Tipo de asentamiento humano <input type="checkbox"/> 169.6 Nombre del asentamiento humano <input type="checkbox"/> 179.7 Código Postal <input type="checkbox"/> 189.8 Localidad <input type="checkbox"/> 199.9 Municipio o delegación <input type="checkbox"/> 209.10 Entidad federativa <input type="checkbox"/> 219.11 Teléfono <input type="checkbox"/> 229.12 Localidad <input type="checkbox"/> 239.13 Número de la cédula profesional <input type="checkbox"/> 249.14 Fecha de certificación <input type="checkbox"/> 259.15 Firma <input type="checkbox"/> 269.16		Día <input type="checkbox"/> 1 Mes <input type="checkbox"/> 2 Año <input type="checkbox"/> 3	
REG. TEL.		22.11 Localidad <input type="checkbox"/> 232.12 Número de la cédula profesional <input type="checkbox"/> 242.13 Fecha de certificación <input type="checkbox"/> 252.14 Firma <input type="checkbox"/> 262.15		272.16	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^ª COPIA (ROSA) Y LA 2^ª 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

190681734