



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

Modelo 2017.1  
FOLIO

190681735

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) <u>Jesús Rivera Cepián</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/06/1931</u> Día Mes Año	
	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>RIGJ310612HSPVLS04</u> Se ignora <input type="radio"/>	
	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"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <u>089</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	
	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"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>138 Calle Barro</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>138</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>La Purísima</u> 10.3 Núm. Exterior <u>78920</u> 10.4 Núm. Interior <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Venado</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>10.8 Localidad</u> <u>10.9 Municipio o delegación</u> <u>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ninguna</u> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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"/> <u>Hospital General de Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112 Avenida Valentín Amador</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78346</u> 15.4 Núm. Interior <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>15.7 Código Postal</u> <u>15.8 Localidad</u> <u>15.9 Municipio o delegación</u> <u>15.10 Entidad federativa</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>02/10/2020</u> 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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Neumonía probable COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Diabetes Mellitus 2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus 2</u> 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 <u>2 días</u> Código CIE <u>Años</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</u> Código CIE		
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"/>		
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 (via 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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 Añote 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 <u>Ma. de Lourdes Rivera Flores</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduña Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
28. FIRMA <u>Adriana</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Avenida Valentín Amador</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78346</u> 29.4 Núm. Interior <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Soledad de Graciano Sánchez</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>4498264100</u> 29.7 Código Postal <u>10.8 Localidad</u> <u>10.9 Municipio o delegación</u> <u>10.10 Entidad federativa</u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>02/10/2020</u> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		



190681735