



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190681738

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Cesar GARCIA		Primer Apellido	Hernandez		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día	Mes	Año	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	
					Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP		L21A1111111111111111			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	
					Especifique			Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		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		1319	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9		
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8.4 Folio del Certificado de Nacimiento:									
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad	Jesús José BCS			
		126			Hospital General de Salud	10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
7181111171					Colonia	San Luis Potosí			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad			10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
					San Luis Potosí				
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
						Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	Trabajaba <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 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	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital General de Salud	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		1112	Avenida	Hospital	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano		
					Hospital General de Salud	Av. Valentín Amador	San Luis Potosí		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa			
71814135				Colonia	San Luis Potosí				
15.7 Código Postal									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		012110210210	1116310	Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
					Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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.)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			19.5 Causa de muerte personal certificado	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)			días			Código CIE	
		b) Debido a (o como consecuencia de)			días				
		c) Debido a (o como consecuencia de)			días				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
		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	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
43 días a 11 meses		43 días a 11 meses	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5						
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4									
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Granja <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8		
							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		Ana Mirella			Agundis			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
		Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido		Esposa <input type="radio"/> 1		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
		Ced. <input type="radio"/> 1234567890			*Especifique			Número de la cédula profesional 7543300	
27. NOMBRE		Kris Fuentes			Ucille			28. FIRMA	
		Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avenida			Ucille			29.11 Teléfono	
		Hospital General de Salud			Ucille			Día Mes Año	
29.6 Nombre del asentamiento humano		171814135							
29.9 Municipio o delegación		Colonia			San Luis Potosí				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			29.10 Entidad federativa			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
								02110210210	

ENTRE QUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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 POSSESIÓN

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190681738

EG L