



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190681836

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

G.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><u>Fernando</u> <u>Hernandez</u> <u>Campos</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                         |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>10/9/06</u> <u>19</u> <u>58</u><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>San Luis Potosí</u><br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |
| 5. CURP<br><u>H1G1C1E1S18101610191H1S1P1R1M1L1012</u><br>Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                      | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: <u>1</u> <u>6</u> <u>12</u> Minutos<br>Para menores de un día: <u>1</u> <u>6</u> <u>12</u> Horas<br>Para menores de un mes: <u>1</u> <u>6</u> <u>12</u> Días<br>Para menores de un año: <u>1</u> <u>6</u> <u>12</u> Meses<br>Para personas de un año o más: <u>1</u> <u>6</u> <u>12</u> Años cumplidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                | 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                               |                                                                                                                         |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>Juan Boticmanche</u><br>10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> <u>habitación</u><br>10.2 Nombre de la vivienda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                | 10.6 Nombre del asentamiento humano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |
| 10.3 Núm. Exterior: <u>17813151</u><br>10.4 Núm. Interior: <u>17813151</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>10.7 Código Postal: <u>17813151</u><br>10.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u><br>10.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u><br>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input 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"/>                                                                          |                                                                                                                         |
| 11.1 La escolaridad seleccionada es:<br>Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>transmisionista</u><br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |
| 12.1 Trabajaba: <u>Si</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                | 13.1 Número de seguridad social o afiliación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input 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"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                | 13.2 Tipo de afiliación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Salud <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: <u>Hospital General de Salud</u><br>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>11713151</u>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vivienda: <u>Hospital</u><br>15.2 Nombre de la vivienda: <u>Hospital General de Salud</u><br>15.3 Núm. Exterior: <u>178141315</u><br>15.4 Núm. Interior: <u>178141315</u><br>15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u><br>15.7 Código Postal: <u>178141315</u><br>15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u><br>15.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u><br>15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                        |                                                                                                                | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><u>10/7/10</u> <u>21</u> <u>02</u> <u>10</u> <u>11</u> <u>31</u><br>Día Mes Año Horas Minutos                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                         |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>Síndrome insuficiencia respiratoria aguda</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <u>Neumonía atípica</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u><br>d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u><br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo<br><u>Evento vascular hemodinámico</u> |                                                                                                                | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br><u>3 días</u><br><u>3 días</u><br><u>2 días</u><br>Código CIE                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>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. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                | 23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN<br>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"/> |                                                                                                                         |
| 22.3 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><u>Evento vascular hemodinámico</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                | 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |
| 22.5 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.6 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><u>Evento vascular hemodinámico</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                | 22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.8 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><u>Evento vascular hemodinámico</u>                                                                                             |                                                                                                                         |
| 22.9 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.10 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><u>Evento vascular hemodinámico</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                | 22.11 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br>22.12 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio<br><u>Evento vascular hemodinámico</u>                                                                                           |                                                                                                                         |
| 23. NOMBRE<br><u>Jorge Alberto</u> <u>Hernandez</u> <u>Paredes</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>Hijo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |
| 25. CERTIFICADA POR<br>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"/><br>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional: <u>7543300</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                | 27. NOMBRE<br><u>Edgar</u> <u>Francisco</u> <u>Valle</u><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |
| 28. DOMICILIO y TELÉFONO<br>28.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u><br>28.2 Nombre de la vivienda: <u>Valle</u><br>28.3 Núm. Exterior: <u>117</u><br>28.4 Núm. Interior: <u>117</u><br>28.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Hospital</u><br>28.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Hospital General de Salud</u><br>28.7 Código Postal: <u>178141315</u><br>28.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u><br>28.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u><br>28.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u><br>28.11 Teléfono: <u>178141315</u>                                                                                                                                                    |                                                                                                                | 29. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><u>10/7/10</u> <u>21</u> <u>02</u> <u>10</u><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         |
| 30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                | 31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         |