



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

Modelo 2017.1  
FOLIO

190681842

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

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>BENEDICTO GUERRERO NORIEGA</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>07/07/1948</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>XICOMPO DE JALISCO</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>MOB6480707HP4RNO7</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"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: <u>072</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"/> Soltero(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>CALLE COLTO DE TILMANDEPO</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>113</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>FRANCISCO MIRANDA</u> 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: <u>78131901</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.7 Código Postal <u>78131901</u> 10.8 Localidad <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>S.L.P.</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <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 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación seleccionada es: <u>TRABAJABA EN LA INDUSTRIA</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEXME <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <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"/> PEXME <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Potosí <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>HOSPITAL GENERAL DE POTOSÍ</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>112</u> 14.3 Tipo de vialidad <u>COLONIA</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>VALENTIN BARRON</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano <u>GENOVEVA RIVERA GONZALEZ</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 14.7 Código Postal <u>78131901</u> 14.8 Localidad <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 14.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 14.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>112</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>VALENTIN BARRON</u> 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: <u>78131901</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>GENOVEVA RIVERA GONZALEZ</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 15.7 Código Postal <u>78131901</u> 15.8 Localidad <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 15.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 15.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <u>10/10/2020 21:41</u>	
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 PRÁCTICÓ 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>SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>DIABETES</u> b) <u>NEUMONÍA</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>DIABETES</u> c) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>DIABETES</u> d) <u>HIPERTENSION ARTERIAL</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>DIABETES</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>U07.1</u>	
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 checked="" 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? <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): <u>NO</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias 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 <u>112</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>VALENTIN BARRON</u> 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: <u>78131901</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>GENOVEVA RIVERA GONZALEZ</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 22.7.7 Código Postal <u>78131901</u> 22.7.8 Localidad <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u>	
23. NOMBRE DEL INF. <u>OSCAR EDGAR GARCIA MORALES</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>HERNO</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"/> Especifique <u>DR. OSCAR TURNO</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional <u>3180579</u>	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <u>LEIS DE ANDRÉS</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE <u>LEIS DE ANDRÉS</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vialidad <u>112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>VALENTIN BARRON</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>78131901</u> 29.4 Núm. Interior: <u>78131901</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>GENOVEVA RIVERA GONZALEZ</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 29.7 Código Postal <u>78131901</u> 29.8 Localidad <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 29.9 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 29.10 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 29.11 Teléfono <u>78131901</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>10/10/2020</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 32.2 Municipio o delegación <u>SAN LUIS POTOSÍ</u> 32.3 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 32.4 Día Mes Año <u>10/10/2020</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD