



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190681842

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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 SUSJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

190681842

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>BENEDICTO GUILLERMO MORENO MORENO</b>		1. Primer Apellido	2. Segundo Apellido
		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>07/07/1948</b>	3. SEXO <b>Hombre</b>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>MICHOACÁN DE JUÁREZ Pátzcuaro</b>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <b>MOMB480707HPLRRN01</b>		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <b>Se ignora</b>		7. NACIONALIDAD <b>Mexicana</b>	Se ignora
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <b>Minutos</b> Para menores de un día <b>Horas</b> Para menores de un mes <b>Días</b>		Para menores de un año <b>Meses</b> Para personas de un año o más <b>Años cumplidos</b>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <b>6</b> Viudo(a) <b>2</b> Casado(a) <b>5</b> En unión libre <b>4</b> Divorciado(a) <b>3</b> Soltero(a) <b>1</b> Se ignora <b>9</b>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>113 Fraccionamiento SANTO DOMINGO San Luis Potosí</b>		10.1 Tipo de vialidad <b>Calle</b>		10.2 Nombre de la vialidad <b>SANTO DOMINGO</b>	
10.3 Núm. Exterior <b>17181910</b> 10.4 Núm. Interior <b>113</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Fraccionamiento</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí SLP</b>		10.8 Nombre del municipio o delegación <b>San Luis Potosí SLP</b>	
10.7 Código Postal <b>78493</b>		10.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí SLP</b>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <b>1</b> Preescolar <b>12</b> Primaria <b>3</b> Secundaria <b>5</b> Bachillerato o preparatoria <b>7</b> Profesional <b>8</b> Posgrado <b>10</b> Se ignora <b>99</b>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <b>1</b> Incompleta <b>2</b>		12. Ocupación habitual <b>Tec. Químico</b> Se ignora <b>99</b>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <b>2</b> PEMEX <b>4</b> SEMAR <b>6</b> IMSS PROSPERA <b>10</b> Se ignora <b>99</b>		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <b>1</b> IMSS <b>3</b> PEMEX <b>5</b> SEMAR <b>7</b> IMSS PROSPERA <b>2</b> ISSSTE <b>4</b> SEDENA <b>6</b> Otra unidad médica pública <b>8</b>		14.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Pachuca</b>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>112 Colonia Vicente Guerrero SLP</b>		15.1 Tipo de vialidad <b>Calle</b>		15.2 Nombre de la vialidad <b>VICENTE GUERRERO</b>	
15.3 Núm. Exterior <b>78493</b> 15.4 Núm. Interior <b>112</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Colonia</b>		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Colonia Vicente Guerrero SLP</b>		15.9 Municipio o delegación <b>Colonia Vicente Guerrero SLP</b>	
15.7 Código Postal <b>78493</b>		15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>10/02/2020 21:41</b>		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <b>1</b> No <b>2</b> Se ignora <b>99</b>		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <b>1</b> No <b>2</b>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		<b>a)</b> <i>SINDROME DIFUSO RESPIRATORIO Agudo</i> Debido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
<b>b)</b> <i>Neumonía</i> Debido a (o como consecuencia de)					
<b>c)</b> <i>Covid - 19</i> Debido a (o como consecuencia de)					
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo		<i>Hipertensión Arterial</i>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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 comparten el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <b>1</b> No <b>2</b>		Si <b>1</b> No <b>2</b>	
El embarazo <b>1</b> El parto <b>2</b> El puerperio <b>3</b> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <b>4</b> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <b>5</b>		22.1 ¿Fue un presunto accidente o violencia, específico?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
Accidente <b>1</b> Homicidio <b>2</b> Suicidio <b>3</b> Se ignora <b>99</b>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		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	
Vivienda particular <b>1</b> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <b>2</b> Escuela u oficina pública <b>3</b>		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior <b>22.7.4 Núm. Interior</b>		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 <b>OSCAR EDGAR ARENAL MORENO</b>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Yerno</b>			
Nombre(s) <b>OSCAR EDGAR ARENAL</b>		Primer Apellido <b>MORENO</b>		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <b>1</b> Médico legista <b>2</b> Otro médico <b>3</b> Personas autorizada por la Secretaría de Salud <b>4</b> Autoridad civil <b>5</b> Otro <b>8</b>		26.1. Número de la cédula profesional <b>3880579</b>			
27. NOMBRE <b>Luis de Andrade</b>		28. FIRMA <b>Luis de Andrade</b>			
Nombre(s) <b>Luis de Andrade</b>		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>Prolongación Vicente</b>		29.1. Tipo de vialidad <b>Av. 1112</b>		29.2. Nombre de la vialidad <b>Av. 1112</b>	
Coronado Rivas Guanajuato		29.3. Núm. Exterior <b>171849316</b>		29.4. Núm. Interior <b>171849316</b>	
29.5. Tipo de asentamiento humano <b>Colonia</b>		29.6. Localidad <b>Colonia Vicente Guerrero SLP</b>		29.7. Municipio o delegación <b>Colonia Vicente Guerrero SLP</b>	
29.8. Municipio o delegación <b>Colonia Vicente Guerrero SLP</b>		29.9. Entidad federativa <b>SLP</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>10/02/2020</b>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Número <b>1</b> , Libro Número <b>1</b>		32.1 Localidad			
31.1 Acta Número <b>1</b>		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
				32.4. Día <b>10</b> Mes <b>02</b> Año <b>2020</b>	
<b>ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD</b>					