



## SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190681846

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 PARTICULARS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Antonio		Juárez		Flores	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		24	06	71	95	2	
Día Mes Año		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí	
				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		JUPIAS20724HSPIRILNO9		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
		Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique	
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	Años cumplidos
		Minutos	Horas	Días	Meses		Se ignora <input type="checkbox"/> 99
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Maceruama	
				10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
		120		Barrío		Segundo	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
17916610						Cd. Guanajuato	
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="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
				Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		Agricultor <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación:			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otra lugar <input type="checkbox"/> 12	
		IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9				Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Pielengarín		Valentín Amador		15.2 Nombre de la vialidad	
		Colonia				Rivas Guillén	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
1784136						Soleada de G.S.	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
						San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		1210 2020 00050		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año		Horas Minutos		Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Chequeo septico		Debido a (o como consecuencia de)					
Causas antecedentes							
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
b) Neumonia asociada a ventilador		Debido a (o como consecuencia de)					
c) Neumonia por covid-19		Debido a (o como consecuencia de)					
d)							
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la produjo							
H.A.S. Hipertensión arterial sistémica							
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 complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área Industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Granja <input type="checkbox"/> 7 (rancho o parcela)			
		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 8 (vía pública)			
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		Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5			
				Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
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		Antonio Israel		Juárez Flores		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Hijo	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5		*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
						Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
27. NOMBRE		Edgard Alejandro González Carbajal		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Pielengarín		Valentín Amador		29.10 Entidad federativa	
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
		784136					
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.11 Teléfono	
29.8 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Día Mes Año	
		29.9 San Luis Potosí		4448260100			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad				1210 2020	

190681846

EL REG. CIVIL DEL CERTIFICANTE