



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190681854

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (AZUL) Y LA 2^{da} COPIA (ROSA) 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 PARTICULARSES

190681854

DEL REG. CIVIL		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Daniel Nombre(s)										Primer Apellido Milan		Segundo Apellido Lopez	
		2. FECHA DE NACIMIENTO 21 07 1954		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		5. CURP MILD580721HSRPN04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/>			
		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días		Para menores de un año Meses		Para personas de un año o más Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 065			
		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 480 Colonia San Luis Potosí 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre de la vialidad 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		10.11 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		12. Ocupación habitual Fotógrafo Se ignora <input type="radio"/>	
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Hospital General de Soledad de Graciano Sanchez		14.1 Nombre de la unidad médica SISPISSIA 011731131		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Colonia 1112 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Número de la vialidad Rivas Guillen 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sanchez 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 14 10 2020 01 35 16.1 Nombre de la vialidad Valentin Amador 16.2 Número de la vialidad Rivas Guillen 16.3 Número de la muerte SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 16.4 Entrevista aproximada entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 días 16.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 7 días		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02			
		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) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron, que contribuyeron a producir la causa congelada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Hipersensión Arterial Sistémica											
		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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 02		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 0 No <input type="radio"/> 2		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)					
		22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique 22.1.1 Fue un presunto accidente o suicidio Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo 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		22.7.11 Entrevista aproximada entre el inicio de la enfermedad y la muerte años					
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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		22.7.11 Entrevista aproximada entre el inicio de la enfermedad y la muerte años									
		23. NOMBRE Nombre(s) Daniel Eliseo Primer Apellido Milan Segundo Apellido Magallanes		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo											
		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8036790 Número de la cédula profesional											
		27. NOMBRE Nombre(s) José Alfonso De Luna		28. FIRMA 74071											
		29. DOMICILIO y TELÉFONO Domicilio Prolongación Rivas Guillen 29.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sanchez 29.9 Municipio o delegación		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14 10 2020 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Número de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Código Postal 29.7 Localidad 29.8 Número de la vialidad 29.9 Entidad federativa 29.11 Teléfono											
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____											
		31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año											
ATENCIÓN: SI PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DIFRENTES REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD															