



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190681857

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juana María Medina Ortega		Segundo Apellido
Nombre(s)		Primer Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 1008119611 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP ME01J010810MSPDRN05		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Personas de un año o más Años cumplidos
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 104		10.1 Tipo de vialidad Colonia	10.2 Nombre de la vialidad Verdi	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 781280		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano Himno Nacional	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad San Luis Potosí	10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMENA <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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Colonia	15.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador	15.6 Nombre del asentamiento humano Genovevo Rivas Guillén
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 781346		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o delegación Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí	15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13102020 01119		Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 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) Insuficiencia Respiratoria Aguda 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) Probable COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)		
c)		d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				
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 <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 type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal		22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	22.7.6 Nombre del asentamiento humano
22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) Jorge Ampelio Medina Ortega		Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3272274 Número de la cédula profesional		
*Especifique				
27. NOMBRE Nombre(s) Lucia Susana Orozco Torres		Primer Apellido	28. FIRMA <i>Orozco</i>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre(s) Avenida Valentín Amador 1112 Colonia Genovevo Rivas Guillén 781346		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
29.6 Nombre del asentamiento humano 29.9 Municipio o delegación Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 444982601001		29.7 Código Postal	29.8 Localidad 444982601001	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14102020 Dia Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO REG. # 111		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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

190681857