



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200625538

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 ESTAN 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

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Oscar Javier Ochoa	Primer Apellido	Leura.	Segundo Apellido									
		2. FECHA DE NACIMIENTO	10 3 0 4 1 1 9 8 0 Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí.									
		5. CURP	00040800403HSPCRS07	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique									
		8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input checked="" type="radio"/> 040 Se ignora <input type="radio"/> 09	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 06 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05										
		10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	Tulipanes	10.2 Nombre de la vialidad										
		10.3 Num. Exterior	Franconamecito	10.5 Tipo de asentamiento humano	Rincónada Los Tulipanes	10.6 Nombre del asentamiento humano										
		10.4 Num. Interior		10.7 Código Postal	Soledad Graciano S	10.8 Localidad	S L P	10.9 Municipio o Alcaldía								
		11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 07 Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 08 Primaria <input type="radio"/> 03 Posgrado <input type="radio"/> 10 Secundaria <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 02	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Secundaria <input type="radio"/> 01 Auxiliar Servicios <input type="radio"/> 02	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	Se ignora <input type="radio"/> 09							
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06	Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09	13.1 Número de seguridad social o afiliación											
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 08	Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	14.1 Nombre de la unidad médica	Hospital General Soledad	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09								
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	Protonacán	Valentin Amador	15.3 Num. Exterior	Colonia	15.4 Núm. Interior	Genovevo Rivas Guillén	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	12 8 10 6 12 0 20 0 8 11 55 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" 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.)	a) Síntrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	9 días	Uso exclusivo del personal codificador			
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Sospechoso COVID - 19 Debido a (o como consecuencia de)	c) Debido a (o como consecuencia de)	d) Debido a (o como consecuencia de)						Código CIE					
		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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	Código CIE						
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)								
		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	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 1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	22.7.3 Num. 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 Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa	
DEL INF.		23. NOMBRE	Lucía del Carmen Juárez Covarrubias-		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Esposa.										
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	25. CERTIFICADA POR	Medico tratante <input type="radio"/> 01 Autoridad civil <input type="radio"/> 04 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08	3207073	Número de la cédula profesional							
DEL CERTIFICANTE		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	Directivo		27. NOMBRE	Enka Alicia Domínguez Yerena		28. FIRMA	3207073							
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Polonacán Valentin Amador 112 Colonia	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.3 Num. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
DEL REG. CIVIL		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	28 06 2020		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año			
		Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año								

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

Escaneado con CamScanner

