



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200629684

EN REGISTRO EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Alfredo Urbina Martínez	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
04/01/1930		Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. CURP		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
UIMA301004HS PRRL04		San Luis Potosí	
8. EDAD CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD	
Para menores de una hora: Minutos: Para menores de un día: Horas: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 090		Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique:	
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle 133 Colonia San Cristóbal Ecatepec Insurgentes	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna ☐ Prescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercaria ☐ Superior ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☒ Incompleta ☐		Pensionado ☒ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		Hospital General de Soledad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	
112 - Colonia Soledad Graciano S		Valiente Ana de	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano		15.2 Nombre de la vialidad	
78436 Soledad Graciano S		Genovevo Rivas Guillén	
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		15.6 Nombre del asentamiento humano	
Soledad Graciano S SLP		SLP	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
26/09/2020 07:09		Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?	
Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		Sí ☐ No ☒	
a) Neumonía por SARS-CoV-2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Debido a (o como consecuencia de)		17 días	
b) Debido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador	
c) Debido a (o como consecuencia de)		Código CIE	
d) Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Código CIE	
Diabetes Mellitus Tipo 2		4 años	
Hipertensión Arterial		años	
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?	
El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		Sí ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto		Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda particular (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Alfredo Urbina Montiel		Hijo	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique		3207093	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Enka Alicia Domínguez		[Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Teléfono	
Probuación Valiente Ana de		29.2 Nombre de la vialidad	
Genovevo Rivas Guillén		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
78436 Soledad Graciano S		29.6 Localidad	
SLP		29.7 Código Postal	
29.8 Localidad		29.9 Municipio o Alcaldía	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Núm. Libro Núm.		26/09/2020	
31.1 Acta Núm.		Día Mes Año	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad	
32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año			

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