



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

A standard 1D barcode is located at the bottom of the page. It consists of vertical lines of varying widths. To the left of the barcode, the number '200634643' is printed in a large, bold, black font. To the right of the barcode, the same number is printed in a smaller, standard black font.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Pedro Pablo Olivares		Segundo Apellido		
	Nombre(s)	Primer Apellido	Torres			
2. FECHA DE NACIMIENTO	29/06/1960	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP			Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
			<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año		
	Minutos	Horas	Días	Para personas de un año o más		
Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Edad gestacional:	8.5 Edad fetales:		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						
10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle Colonia Cd. Valles		Jacaranda - Encino	10.2 Nombre de la vialidad		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano			
412		Cd. Valles	San Luis Potosí			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía			
10.7 Código Postal			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5	Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/>			Taxista			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	IMSS <input 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 type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	412	15.1 Tipo de vialidad	Jacaranda esq. Encino			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano			
		Cd. Valles	San Luis Potosí			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía			
15.10 Entidad federativa						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	21/10/2020	15.00	15.15	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Si <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						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
a) Diabetes Mellitus						
Debido a (o como consecuencia de)						
b) Hipertensión Arterial						
Debido a (o como consecuencia de)						
c) Tuberculosis Pulmonar						
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 morbo que la produjo						
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	
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	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Código CIE	
43 días a 11 meses	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		
después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Area industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		
	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (vía pública)	Granja <input type="checkbox"/> 7 (rancho o parcela)		
		Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Otro <input type="checkbox"/> 8		
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	22.7.1 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 Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE	Elvia Escobar	Primer Apellido	Gonzalez	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)					Cónyuge	
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input checked="" type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3	Número de la cédula profesional					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 otro* <input type="checkbox"/> 8	*Especifique					
27. NOMBRE	28. FIRMA					
Dr. Saúl Onorio Barrion						
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad			
Periférico Libramiento Poniente	29.1.1 Km 2-5		29.2.1 Núm. Exterior			
Las Delicias	29.1.2 Cd. Valles		29.2.2 Núm. Interior			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	
Cd. Valles	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono				
29.9 Municipio o Alcaldía						
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN						
21/10/2020	Día	Mes	Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA CERTIFICACIÓN OBLIGADA	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
	22. Núm. de acta 29 de Abril 2020					