



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

FOLIO
200636923
Modelo 2017.1

ENTREGUE 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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JAVIER SANTIAGO FELIX Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 10/12/1985 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP S A F J 8 5 1 2 1 0 H S P N L V 0 2 Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
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: 34 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE 5 DE MAYO 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior 79940 10.7 Código Postal		10.4 Núm. Interior CHUPADERO 10.8 Localidad	
10.5 Tipo de asentamiento humano TAMPACAN 10.9 Municipio o Alcaldía		10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL EMPLEADO ESTETICA Se ignora <input type="radio"/>		12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> HOSPITAL COMUNITARIO TAMAZUNCHALE 14.1 Nombre de la unidad médica S P S S A 001703 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN KM 3.5 15.1 Tipo de vialidad CARRETERA 15.2 Nombre de la vialidad TAMAZUNCHALE-SAN MARTIN			
15.3 Núm. Exterior 79960 15.7 Código Postal		15.4 Núm. Interior LA PITAHAYA 15.8 Localidad	
15.5 Tipo de asentamiento humano TAMAZUNCHALE 15.9 Municipio o Alcaldía		15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26/06/2020 Día Mes Año		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 mes 5 meses	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) CANDIDIASIS ESOFAGICA Debido a (o como consecuencia de) b) INFECCION AGUDA POR VIH Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		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"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anoté 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 Anoté 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 JAZMIN DE LA CRUZ BAPTISTA Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) CUNADA	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input checked="" type="radio"/> General *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 9606919 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE MIREYA JASSO ZUNIGA Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO CARRETERA TAMAZUNCHALE-SAN MARTIN KM 3.5 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		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26/06/2020 Día Mes Año	
29.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE 29.7 Código Postal 79960 29.8 Localidad LA PITAHAYA 29.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSI 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 322	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Tamazunchale 32.2 Municipio o Alcaldía S.L.P. 32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año 01/07/2020	

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