



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200636923

200636923
200636923
200636923
200636923

200636923
200636923
200636923
200636923

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		JAVIER		SANTO DÍGO		FELIX	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
1 0 1 2 1 9 8 5 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
S A F J 8 5 1 2 1 0 H S P N L V 0 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="checkbox"/> 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 personas de un año o más Años cumplidos	
						3 4 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		10.1 Tipo de vialidad	
Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.3 Peso (gramos):		5 DE MAYO 10.2 Nombre de la vialidad	
Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3						10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1						10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CALLE		10.12 Nombre de la vialidad	
3				10.5 Tipo de asentamiento humano			
10.3 Núm. Exterior 7 9 9 4 0		10.4 Núm. Interior CHUPADERO		TAMPACAN		10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8		Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10		Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
11.1 La escolaridad seleccionada es:		Completa <input type="checkbox"/> 1		Incompleta <input type="checkbox"/> 2		12. Ocupación Habitual EMPLEADO ESTETICA Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 PEMEX <input type="checkbox"/> 4		SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 6		Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Otra <input type="checkbox"/> 8 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"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6		SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8		HOSPITAL COMUNITARIO TAMAZUNCHALE S P S S A 0 0 1 7 0 3 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
14.3 Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		CARRETERA KM 3.5		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad TAMAZUNCHALE-SAN MARTIN	
15.3 Núm. Exterior 7 9 9 6 0		15.4 Núm. Interior LA PITAHAYA		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		2 6 0 6 2 1 0 2 0 1 3 5 5 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.2 CANDIDIASIS SI ESOFAGICA Debido a (o como consecuencia de)		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 mes	
		19.4 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.5 INFECION AGUDA POR VIH Debido a (o como consecuencia de)		19.6 5 meses	
		19.7		19.8		19.9	
20. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4		El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	
22.4 Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		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 Nombre de la vialidad 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 DEL CERTIFICANTE		JAZMIN DE LA CRUZ BAUTISTA		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) CUNADA			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Otro* <input checked="" type="checkbox"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO General *Especifique		9606919 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		MIREYA JASSO ZUÑIGA		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	
		29.6 Nombre del asentamiento humano TAMAZUNCHALE		29.7 Código Postal SAN LUIS POTOSI 29.8 Localidad LA PITAHAYA 29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		26 06 20 20		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA 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 32.5 01 07 2020	

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