



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200636994

420636994  
200636994200636994200636994200636994200636994  
420636994

546

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Fidencio Montes Fernandez  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 27/04/1955 3. SEXO Hombre ☒1 Mujer ☐2 Se ignora ☐9  
Día Mes Año

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)  
5. CURP HOTF550427HSPURDOL Se ignora ☐99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐1 No ☒2 Se ignora ☐9  
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒1 Se ignora ☐9  
Otra ☐2 → 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 Años cumplidos 65 Se ignora ☐9  
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐6 Viudo(a) ☐2 Casado(a) ☐5  
En unión libre ☒4 Divorciado(a) ☐3 Soltero(a) ☐1 Se ignora ☐9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Avenida De los Hermanos Xilitilla  
10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad  
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano  
79900 Xilitilla Xilitla SLP.  
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 ☐1 Preescolar ☐12 Primaria ☐3 Secundaria ☐5  
Bachillerato o preparatoria ☐7 Profesional ☒8 Posgrado ☐10 Se ignora ☐99  
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒1 Incompleta ☐2  
12. OCUPACIÓN HABITUAL Journalero Se ignora ☐99  
12.1 Trabajaba Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐1 ISSSTE ☐3 SEDENA ☐5 Seguro Popular ☐7 Otra ☐8  
IMSS ☐2 PEMEX ☐4 SEMAR ☐6 IMSS PROSPERA ☐10 Se ignora ☐99  
13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐1 IMSS ☐3 PEMEX ☐5 SEMAR ☐7  
IMSS PROSPERA ☐2 ISSSTE ☐4 SEDENA ☐6 Otra unidad pública ☐8 Unidad médica privada ☐9  
14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)  
Vía pública ☐10 Otro lugar ☐12  
Hogar ☒11 Se ignora ☐99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida De los Hermanos Xilitilla  
15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad  
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano  
79900 Xilitilla Xilitla SLP.  
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/06/2020 21:33  
Día Mes Año Horas Minutos  
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐9  
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si ☐1 No ☒2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Insuficiencia Respiratoria  
Debido a (o como consecuencia de)  
b) Intoxicación por Agriquimicos  
Debido a (o como consecuencia de)  
c)   
Debido a (o como consecuencia de)  
d)   
Debido a (o como consecuencia de)  
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 morbozo que la produjo  
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 min.  
15 días  
Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:  
El embarazo ☐1 El parto ☐2 El puerperio ☐3  
43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐5  
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☐2  
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐1 No ☐2  
Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐1 No ☐2 Se ignora ☐9  
Accidente ☐1 Homicidio ☐2 Suicidio ☐3 Se ignora ☐9  
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐6  
Vivienda particular ☐0 Área deportiva ☐3 Granja (rancho o parcela) ☐7  
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1 Calle o carretera (vía pública) ☐4 Otro ☐8  
Escuela u oficina pública ☐2 Área comercial o de servicio ☐5 Se ignora ☐9

22.4 Anote 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 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 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
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