



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

Modelo 2017-1

Model 2011

200637133

200637133

200637133

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Benito		Martinez		Justo	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP	
1 3 0 5 1 9 3 1 7 Dia Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		San Luis Potosi Entidad Federativa o país (si nació en el extranjero)		MAJ B 3 7 0 5 1 3 H S P R S N 0 0 Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Minutos <input type="radio"/> 2 Para menores de un día <input type="radio"/> 1 Horas <input type="radio"/> 2 Para menores de un mes <input type="radio"/> 1 Días <input type="radio"/> 2		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 1 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/> 2		10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad	
				Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle Esfuerzo campesino #8 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	
				La Chaca		Xilitla	
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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		Jotnaleño Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4		ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6		SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		HBC Xilitla					
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad médica <input type="radio"/> 8 privada <input type="radio"/> 9					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior	
		Carretera Federal 120 San Juan Del Rio-Xilitla		San Antonio Xalcuayo II		15.4 Núm. Interior	
		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
		Xilitla		San Luis Potosi		15.8 Localidad	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha: 07 08 2020 16.2 Hora: 03:50		16.3 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		16.4 Entidad federativa	
		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior	
		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		17.1 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		17.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de)		b) Neumonía probable COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)		c) 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		d) Debido a (o como consecuencia de)		Hipertension Arterial Cronica		d) Debido a (o como consecuencia de)	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 5		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 3 (vía pública) Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.4 ¿Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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 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		Estrella		Martinez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Representante	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		11785351 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Ruben Hernandez		Santiago		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Carretera Federal 120 San Juan Del Rio-Xilitla		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
				29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
San Antonio Xalcuayo II							
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Día Mes Año	
Xilitla		San Luis Potosi					
29.12 Día Mes Año							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____					
31.1 Acta Núm. _____		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.