



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

FOLIO
200637435
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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Gil</u> Primer Apellido <u>Pascual</u> Segundo Apellido <u></u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>01</u> Mes <u>09</u> Año <u>1957</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> país (si nació en el extranjero) <u></u>	
5. CURP <u>PAIG570901HSPSLXLO0</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique <u></u>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u></u> Minutos <u></u> Para menores de un día <u></u> Horas <u></u> Para menores de un mes <u></u> Días <u></u> Para menores de un año <u></u> Meses <u></u> Para personas de un año o más <u>062</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Avenida Benito Juárez</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Localidad</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Nuevo Tepetzintla</u> 10.3 Núm. Exterior <u>799710</u> 10.4 Núm. Interior <u>Matlapan</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Matlapan</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>Matlapan</u> 10.8 Localidad <u>Matlapan</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u></u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado <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 checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u></u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>HR Axtila</u> 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) <u></u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Libramiento al COBACH</u> 15.3 Núm. Exterior <u>136</u> 15.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Santa María II</u> 15.6 Código Postal <u>799310</u> 15.7 Localidad <u>Axtla de Terrazas</u> 15.8 Municipio o Alcaldía <u>Axtla de Terrazas</u> 15.9 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>17</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>20</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> b) <u>Caso sospechoso SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> c) <u>Tuberculosis Respiratoria No especificada. Sospecha por datos radiográficos</u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Diabetes mellitus</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 hora</u> <u>1 día</u> <u>3 meses</u> <u>15 años</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u></u>
--	--	--	---

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>
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? Sí <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"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u></u>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u></u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>				

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>Alberta</u> Primer Apellido <u>Angeles</u> Segundo Apellido <u>Virginia</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>
--	---

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <u>médico General</u> *Especifique <u></u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>9556913</u> Número de la cédula profesional
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Ariadne</u> Primer Apellido <u>Oropcia</u> Segundo Apellido <u>Sanchez</u>		28. FIRMA <u></u>
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Libramiento al COBACH</u> 29.3 Núm. Exterior <u>136</u> 29.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Santa María II</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Axtla de Terrazas</u> 29.7 Código Postal <u>799310</u> 29.8 Localidad <u>Axtla de Terrazas</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u></u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>17</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u>

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>166</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Axtla de Terrazas</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>Axtla de Terrazas</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>17</u> Mes <u>08</u> Año <u>2020</u>	
---	--	---	--

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