



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

200637435

200637435

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Gil Pascual		Segundo Apellido	
	Nombre(s)	Primer Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	01 09 1957	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
5. CURP	PA X G570901 H S P S X L 00		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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	7. NACIONALIDAD
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL	Avenida Benito Juárez		9. ESTADO CONYUGAL	10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			En unión libre <input type="radio"/>	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.7 Código Postal
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosí	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
98	Matlapa	Localidad	Matlapa	Matlapa	10.11 DÓNDE HABITUAL
10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.12 Ocupación	10.13 Número de seguridad social o afiliación	Empleado	Se ignora <input type="radio"/>
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.14 Vía pública	10.15 Otro lugar	10.16 Hogar	10.17 Se ignora <input type="radio"/>
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12.1 Trabajaba
11.2 Se ignora <input type="radio"/>	11.3 Completa <input type="radio"/> 11.4 Incompleta <input type="radio"/>	11.5 Unidad médica privada	11.6 Otra	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	11.7 Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación
13.2 Se ignora <input type="radio"/>	13.3 Otra unidad pública	13.4 Unidad médica privada	13.5 Otra	13.6 Se ignora <input type="radio"/>	13.7 Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	HR Axtla	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)
14.3 Se ignora <input type="radio"/>	14.4 Unidad médica privada	14.5 Otra	14.6 Se ignora <input type="radio"/>	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	136	Calle Colonia	Libramiento Axtla de Terrazas	Santa María II	15.10 Entidad federativa
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.9 Municipio o Alcaldía	San Luis Potosí	15.11 Nombre de la vialidad
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.12 Nombre del asentamiento humano	15.13 Se ignora <input type="radio"/>	15.14 Se ignora <input type="radio"/>	15.15 Se ignora <input type="radio"/>
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17 08 2020	16 20	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año	Horas Minutos	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	18.1 Se ignora <input type="radio"/>	18.2 No <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	19.1 Parte I: Insuficiencia Respiratoria Aguda (Debido a o como consecuencia de)				
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a)	19.2 Causas antecedentes: Caso Sospechoso SARS-CoV-2 (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	b)	19.3 Tubercolosis Respiratoria No especificada. Sospecha radiográfica (Debido a o como consecuencia de)			
{	c)	19.4 Diabetes mellitus (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 morboso que la produjo	d)				
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
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?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
21.4 Se ignora <input type="radio"/>	21.5 Se ignora <input type="radio"/>	21.6 Se ignora <input type="radio"/>	21.7 Se ignora <input type="radio"/>	21.8 Se ignora <input type="radio"/>	21.9 Se ignora <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Relación con el presunto agresor	
Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	Homicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	
Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Asilo, orfanato, etc. <input type="radio"/>	(taller, fábrica u obra) Rancho <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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		22.7.1 Nombre de la vialidad		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.2 Número de la vialidad		22.7.3 Nombre del asentamiento humano		
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Municipio o Alcaldía	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad
22.7.9 Entidad federativa	22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE	Alberta	Angéles	Virginia	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Esposa	TIFICANTE ES MÉDICO	
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				*Especifique	
27. NOMBRE	Ariadne	Oropeza	Sánchez	28. FIRMA	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO	Calle Santa María II	Libramiento al CORBACHO	Axtla de Terrazas	Colonia	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	
29.11 Teléfono	29.12 Número de la vialidad	29.13 Número de la vialidad	29.14 Número de la vialidad	29.15 Número de la vialidad	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Núm. 01, Libro Núm. 166	32.1 Localidad	Hidalgo y S de Axtla de Terrazas, S.	17 08 2020	Dia	
31.1 Acta Núm. 166	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad Federativa	Mes		Año
31.2 Se ignora <input type="radio"/>	32.4 Municipio o Alcaldía	32.5 Entidad Federativa			

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