



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017-1

EQUIO

200637544

200637544

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Santos		Alejandrino		Rubio	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
2 2 0 4 1 9 4 4		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		San Luis Potosí			
Día Mes Año		O 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
R U X S 4 4 0 4 2 1 H S P B X N 0 4		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> →		Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5	
						En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Avenida		Guadalupe Victoria			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad			
21		pueblo		Tepeztintla			
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
7 9 9 7 0		Tepeztintla		Matlapa		San Luis Potosí	
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			
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		Jornalero		Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
		Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEMEZA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8							
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano	
21		Avenida		Guadalupe Victoria		San Luis Potosí	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		pueblo		Tepeztintla		15.10 Entidad federativa	
7 9 9 7 0		Tepeztintla		Matlapa			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
0 6 0 8 2 0 2 0		Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
Día Mes Año		Horas Minutos					
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		19.2 Parte II		19.3 Parte III	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
a)		Debido a (o como consecuencia de)		Insufruenza respiratoria Aguda		10 min	
b)		Debido a (o como consecuencia de)		Neumonía Adquirida en la Comunidad pb Covid 19		15 días	
c)		Debido a (o como consecuencia de)		Hipertensión Arterial sistémica		20 años	
d)		Debido a (o como consecuencia de)		Diabetes Mellitus tipo 2		20 años	
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?		21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2		Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="checkbox"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3					
Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5					
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)					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Esposa	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5		Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8		Número de la cédula profesional		11720607	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4		*Especifique					
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Nombre(s)		De Sonhago 5034					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Francisco L. Madero 5/n				Colonia	
Avenida 20 de Noviembre		7 9 9 7 0		29.8 Localidad			
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad			
Matlapa		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono			
29.9 Municipio o Alcaldía							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Número <input type="checkbox"/> 1, Libro Núm. <input type="checkbox"/> 05		32.1 Localidad		32.2 Municipio o Alcaldía			
31.1 Acta Núm. <input type="checkbox"/> 0 010		32.3 Entidad federativa					
32.4 Día <input type="checkbox"/> 10 Mes <input type="checkbox"/> 08 Año <input type="checkbox"/> 2020							
DEL REG. CIVIL		32.5 Entidad federativa					

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