



490

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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
200637607  
200637607

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) <b>Lino Saenz</b>		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>02/10/1937</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>Hidalgo</b>	
	5. CURP <b>SAXL371002HHGNXN05</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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: <b>82</b> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL 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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Calle Ejército Nacional 503</b>		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		
	10.3 Núm. Exterior: <b>79960</b> 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Tamazunchale</b>		10.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b>		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 <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Comerciante</b>		
	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: <b>4915801918</b>				
	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: <b>HR 44 Zacatipán</b>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Carretera a San Martín Km 3</b>		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: <b>Zacatipán Tamazunchale San Luis Potosí</b>		15.6 Nombre del asentamiento humano: <b>Tamazunchale</b>		15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>02/09/2020 04:45</b>		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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <b>Neumonía Adquirida en la Comunidad</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Sospechoso de COVID</b> Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morbo que la produjo <b>Diabetes Mellitas</b> <b>Hipertensión Arterial Sistémica</b>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>5 días</b> <b>5 días</b> <b>30 años</b> <b>30 años</b>		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 <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 checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
	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 checked="" 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"/> Área industrial (taller, fábrica, obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	22.4 Añote 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 Añote 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:		
	DEL INF.	23. NOMBRE <b>Ma. Natividad Saenz Hernandez</b>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hija</b>			
		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"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>Medico Gral. 785063</b>		27. NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL	
	DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE <b>Octavio Miguel Faz Lavarete</b>		28. FIRMA <b>Octavio Faz L.</b>			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <b>Carretera a San Martín Km 3</b> 29.2 Nombre de la vialidad: <b>Zacatipán</b> 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Tamazunchale</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono:		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>02/09/2020</b>					
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <b>01</b> , Libro Núm. <b>05</b> 31.1 Acta Núm. <b>490</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <b>Tamazunchale</b> 32.2 Municipio o Alcaldía: <b>S.L.P.</b> 32.3 Entidad federativa: <b>San Luis Potosí</b> 32.4 Día: <b>02</b> Mes: <b>09</b> Año: <b>2020</b>				

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