



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017-1

FOLIO

200637675

200637675

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		AURELIO ESCOBEDO		HERNANDEZ	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 1 2 1 1 1 9 4 9		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI	
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP EOHA491112HSPSRR01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 Otra <input type="checkbox"/> 2 → 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		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		AVENIDA EJIDO		MIGUEL HIDALGO	
10.3 Núm. Exterior 198		10.4 Núm. Interior 799130		10.5 Tipo de asentamiento humano TAMPICOCHOCO	
10.7 Código Postal 799130		10.8 Localidad TAMPICOCHOCO		10.9 Municipio o Alcaldía AVILA DE TERRAZAS	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		12. OCUPACIÓN TRAJO	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input checked="" 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		14.1 Nombre de la unidad médica SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) DHA720217/5	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 198		15.1 Tipo de vialidad AVENIDA EJIDO		15.2 Nombre de la vialidad MIGUEL HIDALGO	
15.3 Núm. Exterior 799130		15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano TAMPICOCHOCO		15.6 Nombre del asentamiento humano AVILA DE TERRAZAS	
15.7 Código Postal 19082020		15.8 Localidad 0350		15.9 Municipio o Alcaldía SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19082020 0350		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 HORAS	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de)		7 DIAS	
{		c) CASO SUSPECTO SARS COV2 Debido a (o como consecuencia de)		15 DIAS	
d)		DIABETES MELLITUS TIPO II		5 AÑOS	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA		1 AÑO	
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="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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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	
23. NOMBRE NARCISO		Primer Apellido ESCOBEDO		Segundo Apellido HERNANDEZ	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6563139 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE ISSAC CRUZ		Primer Apellido ESCOBEDO		28. FIRMA	
Nombre(s)		Segundo Apellido HERNANDEZ			
29. DOMICILIO y TELÉFONO CALLE VENUSTIANO CALLENZA 31		29.1 Tipo de vialidad 799130		29.2 Nombre de la vialidad AVILA DE TERRAZAS	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal 29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI		29.8 Localidad 481105535	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.11 Teléfono		29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. OS		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad HIDALGO Y S DE AVILA DE TERRAZAS,		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20082020	
31.1 Acta Núm. 169		32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa	
32.4 Día		32.5 Mes		32.6 Año	
32.7 Día		32.8 Mes		32.9 Año	

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