



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200639385

S200639385

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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

200639385

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	SAMUEL CHAVIRA		Primer Apellido	Segundo Apellido			
	2. FECHA DE NACIMIENTO	24 09 1937	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI		
	5. CURP	CAXS370924HSPHXM05		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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	Para menores de un año	9. ESTADO CONYUGAL		
		Minutos	Horas	Días	Meses	En unión libre <input type="checkbox"/>		
	Para menores de 28 días anote:			8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	10. RESIDENCIA HABITUAL		
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					Calle Refugio San Martín		
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano				
	79950		San Martín	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)				
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Comerciante			
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)	Via pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/>			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 9	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Calle Refugio San Martín	5.2 Nombre de la vialidad			
	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí			
	79950		San Martín	San Martín Chal.	15.10 Entidad federativa			
	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?		
				23 10 2020	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/>		
	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 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
		a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA 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) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Debido a (o como consecuencia de)						
	c) NEUMONIA & SARS COV 2 Debido a (o como consecuencia de)							
19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	d)							
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"/> El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 No estuvo 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	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 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	Residencia particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (ranchito) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Área agrícola (taller, fábrica) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.4 Anote 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 Nombre de la vialidad	
	22.7.1 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	María Del Rosario Rivera		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hija	
	25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5	Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	1609249	
	27. NOMBRE	Consuelo Florentine Paego		Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO	Carretera San Martín Chal.	29.1 Tipo de vialidad	Carretera San Martín-Tamazunchale	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano
			79950		79950			
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO	Núm. 01, Libro Núm. 05	31.1 Acta Núm. 155	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
			32.9.1 Localidad	San Martín Chal.	San Luis Potosí		19 11 2020	
			32.9.2 Municipio o Alcaldía				Día Mes Año	
			32.9.3 Entidad federativa					

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