



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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
200639385  
200639385

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>SAMUEL CHAVIRA</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>24 09 1937</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP <b>CAXS370924HS PHXM05</b> Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <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:		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>San Martín Chal.</b> 10.1 Tipo de vialidad: 10.2 Nombre de la vialidad: 10.3 Núm. Exterior: <b>79950</b> 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: <b>San Martín Chal.</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 type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Comerciante</b> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input 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:				
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 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: 14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES):		14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>San Martín Chal.</b> 15.1 Tipo de vialidad: 15.2 Nombre de la vialidad: 15.3 Núm. Exterior: <b>79950</b> 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: <b>San Martín Chal.</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>23 10 2020 19 15</b> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>NEUMONIA α SARS COV 2</b> Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>3 días</b> <b>10 días</b> Uso exclusivo del personal codificador 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? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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? Si <input type="radio"/> No <input 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"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) A) Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (parcela) <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 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 <b>Marcia Del Rosario Rivera Guerrero</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		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"/> *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>1609249</b> Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE <b>Consuelo Florentine Priego Santos</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <b>[Firma]</b>				
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <b>San Martín Chal.</b> 29.1 Tipo de vialidad: 29.2 Nombre de la vialidad: 29.3 Núm. Exterior: <b>79950</b> 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: <b>San Martín Chal.</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>19 11 2020</b> Día Mes Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <b>01</b> , Libro Núm. <b>05</b> 31.1 Acta Núm. <b>155</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <b>San Martín Chal. S.L.P.</b> 32.2 Municipio o Alcaldía: <b>San Martín Chal. S.L.P.</b> 32.3 Entidad federativa: <b>S.L.P.</b> 32.4 Día: <b>19</b> Mes: <b>11</b> Año: <b>2020</b>				

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

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



200639385