



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017

FOLIO

200639669

9200633966

REG. IL.	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maria de Jesus		Martinez Davalos	
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
DEL FALLECIDO	2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
	Dia	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O ₁	San Luis Potosi
	5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
	MAJZ810108MSPRUS06		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día	
	Minutos	Horas	Para menores de un mes	Para menores de un año	Meses	Para personas de un año o más
						Años cumplidos
	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="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>
					O ₆ O ₄	Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>
	10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	
			Calle		San Jorge	
	10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
	220		Colonia		la Libertad	
	10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
	71813194		San Luis Potosi		San Luis Potosi	
	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
	Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Hogar
	O ₁ O ₇	O ₁₂ O ₈	O ₃ O ₁₀	O ₅ O ₉₉	O ₁ O ₂	Se ignora <input type="radio"/>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
			O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₁₀			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica	
			1		Hospital General de Soledad	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
			Avenida		Valentin Avilado	
	15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
	2111031020		101011		Soledad de Gravino Sanchez San Luis Potosi	
	15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
	71813194				San Luis Potosi	
	15.10 Entidad federativa					
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
	12/11/2020 20:20		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL INF.	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	
	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes		Otras causas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
	a) Neumonitis por COVID-19		b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)	
	d) Debido a (o como consecuencia de)					
	e) Demencia senil					
DEL CERTIFICANTE	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?	
	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/>	
	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	
	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 Fué 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?		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <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	
	22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
	71813194		Avenida Valentin Avilado		Soledad de Gravino Sanchez San Luis Potosi	
	22.7.10 Entidad federativa					
REG. IL.	23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	Juan Carlos Palomo		Martinez		Nieto	
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		3272274 Número de la cédula profesional	
	O ₁ O ₄		O ₂ O ₅ O ₈		*Especifique	
	27. NOMBRE		28. FIRMA			
	Lucas Susana Ordunza Torres					
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
			Avenida Valentin Avilado		Avenida Valentin Avilado	
	29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
	Colonia		71813194		Colonia	
	29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
	Soledad de Gravino Sanchez San Luis Potosi		San Luis Potosi		144482100100	
	29.5 Tipo de asentamiento humano					
	OFICIALÍA O JUZGADO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
			21/11/2020			
	31. LA DEFUNCIÓN FUÉ INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			