



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

FOLIO  
**200639670**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Manuela Francisca		Apellido	Alvarez		Apellido		Alvarez				
2. FECHA DE NACIMIENTO		1121101947		3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí					
		Dia	Mes	Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		AL01AF471012MSPLLR05		Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD				
									Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9			
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	Años cumplidos		
										7 3	Se ignora <input type="radio"/> 9		
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL		Especifique			
								Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> X				
								En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		10.1 Tipo de vialidad		manuel jose otican		10.2 Nombre de la vialidad			
		1346		Casa habitación									
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		San Luis Potosí		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)					
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Hogar			
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación					
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6									
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General de Soledad		Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 11	Código CI			
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 9			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		112	Hospital	Avenida	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	Hospital General de Soledad	15.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí				
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		211102020	01740	15.7 Código Postal	15.11 Fecha y hora de la defunción	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
		Dia	Mes	Año	Horas	Minutos							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente										Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		a)	Neumonía		Causa 1a						días		
		b)	Debido a (o como consecuencia de)										
		c)	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		Diabetes Mellitus 2										años	
		Hipertensión Arterial Sistólica										años	
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?										Uso exclusivo del personal codificado	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5								Código CIE		
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 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Área industrial <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
Accidente <input type="radio"/> 1		Homicidio <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 4		Granja <input type="radio"/> 7					
Suicidio <input type="radio"/> 3		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Otro <input type="radio"/> 8					
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										Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		Francisco Juárez		Martinez		Apellido		Alvarez		Apellido		Alvarez	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1		Médico legista <input type="radio"/> 2		Otro médico <input type="radio"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro* <input type="radio"/> 8		adscrita.		Número de la cédula profesional		7543300	
27. NOMBRE		luis Francisco		Perez		Primer Apellido		*Especifique		28. FIRMA			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avendida		Valentín Amador		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
		Hospital General de Soledad		718435		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Tipo de asentamiento humano		Hospital	
29.6 Nombre del asentamiento humano		Soledad de Graciano		Jan Luis Potosí									
29.9 Municipio o Alcaldía				29.10 Entidad federativa									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA o JUZGADO				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
												21102012	
												Día Mes Año	

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

INF.

L.

200639670