



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

FOLIO  
200639855  
200639855

EN REGISTRO CIVIL, LA F. "LJA/FA" (LJA/F) Y LA F. "VUTIA" (VUTIA) AL NÚMERO DE FOLIO.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

200639855

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Francisco González		Rodríguez					
Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO						
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Son Luis Potosí			
5. CURP		6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD				
GJORFS91029HSPINDR08		Se ignora <input type="radio"/>	O 99	Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>			
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más			
Minutos	Horas	Días	Meses	Años	Años cumplidos				
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):					
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda							
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Localidad							
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano					
719560	Santa María Río Santa María Reg	S. L. P.		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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. Ocupación Habitual					
Ninguna <input type="radio"/>	Prescolar <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	Separado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/>				
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input type="radio"/>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Número de la vialidad					
IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/>				
PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Otro lugar <input type="radio"/>				
PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	15.1 Nombre de la vialidad	Hogar <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>				
15.2 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa				
7184316	Colonia Soledad Graciano S.	Soledad Graciano S.		S. L. P.	S. L. P.				
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		15.11 Entidad federativa					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?							
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
Sí <input type="radio"/>		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda				Código CIE			
No <input type="radio"/>		b) SARS - CoV - Z.				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
Se ignora <input type="radio"/>		c) Debido a (o como consecuencia de)				6 días			
d) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)				6 días.			
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?				meses			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador
El embarazo <input type="radio"/>		43 días a 11 meses <input type="radio"/>	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)						
43 días a 11 meses <input type="radio"/>		después del parto o aborto <input type="radio"/>	22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique						
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión				22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
Accidente <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/>	Area deportiva <input type="radio"/>	6				
Homicidio <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	7				
Suicidio <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>	Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Area comercial o de servicio <input type="radio"/>	8				
Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/>	Se ignora <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 motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				22.7.1 Tipo de vivienda			
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior				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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				22.7.11 Entidad federativa			
23. NOMBRE		23.1 Nombre del fallecido				24.1 Número de la cédula profesional			
Nombre(s) _____		Primer Apellido _____				3207093			
25. CERTIFICADA POR		25.2 Especifique				25.3 Firma			
Médico tratante <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		27.3 Nombre de la vialidad				27.4 Número de la vialidad			
Nombre(s) _____		27.4 Número de la vialidad				27.5 Nombre del asentamiento humano			
28. DOMICILIO Y TELÉFONO		28.6 Nombre del asentamiento humano				28.7 Código Postal			
Nombre(s) _____		28.7 Código Postal				28.8 Localidad			
29.1 Tipo de vivienda		29.2 Nombre de la vialidad				29.9 Número de la vialidad			
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal				29.11 Teléfono			
Soledad Graciano S.		29.10 Entidad federativa				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.9 Municipio o Alcaldía		30.1 Fecha de certificación				30.2 Número de la vialidad			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				30.3 Entidad federativa			
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____				30.4 Día Mes Año			
31. Acta Núm. _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____				32.4 Día Mes Año			
32.3 Entidad federativa		32.5 Entidad federativa				32.6 Día Mes Año			

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