



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200639859

200639859

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
FEDERACIÓN  
MÉXICO  
ENTREGUE EL VINTIMILIA LA 1 COTILLA (NUÑA) Y LA 2 COTILLA (MEUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OTENER EL AUTORIZACIÓN  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES  
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	<u>Juan Rafael Araujo</u>		Primer Apellido	Segundo Apellido	
		2. FECHA DE NACIMIENTO	16/05/1936	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
		Día	Mes	Año	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		AAA1360516HSPIRGNO8		Sexo <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="radio"/> 9 Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
		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 cumplidos
		Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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
		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				10. RESIDENCIA HABITUAL	Valentín Gómez
		375	Colonia		10.1 Tipo de vialidad	Del Valle	
		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	S. L. P.	
		782900	782900	San Luis Potosí	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía
		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="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se Ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="radio"/> 99 Sin ocupación	
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Hospital General Soledad
		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
		IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Valentín Gómez			
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Protonucleo	15.2 Nombre de la vialidad	Genovevo Rivas Guillen		
		1112	Colonia	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano
		78436	Soledad Graciano S	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	Soledad Graciano S	15.9 Municipio o Alcaldía
		15.1 Tipo de vialidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa			
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	25/10/2020 10:17:28	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
		Día Mes Año Horas Minutos	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar motivos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda 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) Neumonía por Probable Covid-19 Debido a (o como consecuencia de)	c) Debido a (o como consecuencia de)	d) Debido a (o como consecuencia de)	4 días	4 días
DEL INF.		PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo					
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?	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(a) fallecida(o)		
		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Area industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Uso exclusivo del personal codificador	
DEL REG. CIVIL		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad		
		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	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	Silvia Noyola	Friás	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sobrina		
DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR	Dra. Rosario Tuno	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	Otro médico <input type="radio"/> 2	Número de la cédula profesional			
		27. NOMBRE	Enka Alicia Domínguez	Yrene	28. FIRMA		
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
DEL REG. CIVIL		29. DOMICILIO Y Teléfono	Protonucleo Valentín Gómez	Soledad Graciano S	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono		
		29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	30.3 Entidad federativa	29.4 Día 25		
		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.3 Entidad federativa	32.4 Día 10		
		Núm. Libro Núm.	32.1 Localidad	32.4 Mes			
		31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía	32.5 Año			

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

200639859