



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210829056

36

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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>R.N.</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Torre</u>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>06</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u>	
	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
	5. CURP [Blank]	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> Especifique [Blank]	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Blank] Minutos [Blank] Para menores de un día [Blank] Horas [Blank] Para menores de un mes [Blank] Días <u>8</u> Para menores de un año [Blank] Meses [Blank] Para personas de un año o más [Blank] Años cumplidos [Blank] Se ignora <input type="radio"/>	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>10.1 Tipo de vialidad</u> <u>García</u> <u>21A</u> <u>10.2 Nombre de la vialidad</u> <u>Rogales Maravillas esq</u> <u>79246</u> <u>10.3 Núm. Exterior</u> <u>10.4 Núm. Interior</u> <u>10.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>CD Valle</u> <u>10.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>SLN</u> <u>10.7 Código Postal</u> <u>10.8 Localidad</u> <u>10.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <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 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" 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 [Blank]		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Gen A Valle</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPSSACIO0356</u> 14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> <u>15.2 Nombre de la vialidad</u> <u>Mexico a la red km 7</u> <u>15.3 Núm. Exterior</u> <u>15.4 Núm. Interior</u> <u>15.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Fraccionamiento</u> <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>Oxitipo</u> <u>15.7 Código Postal</u> <u>15.8 Localidad</u> <u>15.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>15.10 Entidad federativa</u> <u>San Luis Potosí</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>14</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u> Horas <u>19</u> Minutos <u>25</u>		
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 PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque Mixto</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Sepsis Neonatal</u> b) <u>Nemotia</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Síndrome de Aspiración de Membrano</u> c) <u>Alpertermia Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Alpertermia Pulmonar</u> d) <u>Alpertermia Pulmonar</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
20. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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"/>
	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"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Blank]	
	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]	
	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Blank]	
	22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Blank] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Blank] 22.7.3 Núm. Exterior [Blank] 22.7.4 Núm. Interior [Blank] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Blank] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Blank] 22.7.7 Código Postal [Blank] 22.7.8 Localidad [Blank] 22.7.9 Municipio o Alcaldía [Blank] 22.7.10 Entidad federativa [Blank]	
	23. NOMBRE <u>Edgar</u> <u>Mendez</u> <u>García</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Papá</u>	
	DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique [Blank]
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>1569277</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Enrique Vega</u> <u>Antal</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> <u>29.2 Nombre de la vialidad</u> <u>Mexico a la red km 7</u> <u>29.3 Núm. Exterior</u> <u>29.4 Núm. Interior</u> <u>29.5 Tipo de asentamiento humano</u> <u>Fraccionamiento</u> <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u> <u>Oxitipo</u> <u>29.7 Código Postal</u> <u>29.8 Localidad</u> <u>29.9 Municipio o Alcaldía</u> <u>29.10 Entidad federativa</u> <u>29.11 Teléfono</u> <u>29.12 Entidad federativa</u>	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>14</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u>	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] Libro Núm. [Blank] 31.1 Acta Núm. [Blank]	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Blank] 32.2 Municipio o Alcaldía [Blank] 32.3 Entidad federativa [Blank] 32.4 Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank]	

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