



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

FOLIO  
210829755  
Modelo 2017.1

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 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) <b>ALBERTO FLORES RAMIREZ</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>14/09/1996</b> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. CURP <b>FLOREA960914HSPILML07</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		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: <b>24</b> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <b>122</b>		8.2 Semanas de gestación: <b>38</b>	
8.3 Peso (gramos): <b>3800</b>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>AVENIDA JUAREZ</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior: <b>122</b> 10.4 Núm. Interior: <b>122</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <b>LAS CUEVAS</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <b>LAS CUEVAS</b>	
10.7 Código Postal: <b>79938</b> 10.8 Localidad: <b>AXTLA DE TERRAZAS</b> 10.9 Municipio o Alcaldía: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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	
11.1 La escolaridad seleccionada es: <b>Completa</b> <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>JORNALERO</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12.1 Trabajaba: <b>Sí</b> <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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: <b>122</b>		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 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: <b>JUAREZ</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <b>122</b>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <b>AVENIDA</b> 15.2 Nombre de la vialidad: <b>JUAREZ</b>		15.3 Núm. Exterior: <b>122</b> 15.4 Núm. Interior: <b>122</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <b>LAS CUEVAS</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <b>LAS CUEVAS</b>	
15.7 Código Postal: <b>79938</b> 15.8 Localidad: <b>AXTLA DE TERRAZAS</b> 15.9 Municipio o Alcaldía: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 15.10 Entidad federativa: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>24/01/2021</b> 21:02:10 Día Mes Año Horas Minutos Segundos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>NEUMONÍA</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>VTH</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>4 días</b> <b>4 años</b>		Código CIE	
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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: <b>122</b> 22.7.4 Núm. Interior: <b>122</b> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <b>LAS CUEVAS</b> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <b>LAS CUEVAS</b>	
22.7.7 Código Postal: <b>79938</b> 22.7.8 Localidad: <b>AXTLA DE TERRAZAS</b> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 22.7.10 Entidad federativa: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>							

DEL INF.

23. NOMBRE <b>PLACIDO FLORES RUBIO</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>PADRE</b>	
---	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>2368195</b> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <b>RAUL VENANCIO ABAD</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>AV. FRANCISCO I. MADERO NORTE 52</b> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior: <b>52</b> 29.4 Núm. Interior: <b>52</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <b>MATLAPA</b>	
29.6 Nombre del asentamiento humano: <b>MATLAPA</b> 29.7 Código Postal: <b>79938</b> 29.8 Localidad: <b>MATLAPA</b> 29.9 Municipio o Alcaldía: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 29.10 Entidad federativa: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 29.11 Teléfono: <b>02032021</b>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>03/02/2021</b> Día Mes Año	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <b>01</b> , Libro Núm. <b>05</b> 31.1 Acta Núm. <b>68</b>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <b>Axtla de Terrazas, S.L.P.</b> 32.2 Municipio o Alcaldía: <b>Axtla de Terrazas, S.L.P.</b> 32.3 Entidad federativa: <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> 32.4 Día Mes Año: <b>02/03/2021</b>	
--	--	---	--

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