



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

Modelo 2017-1

EDICIÓN 2011

210829755

210629755

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	ALBERTO		FLORES	RAMIREZ		
	Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	1   4   0   9   1   9   9   6	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI	
5. CURP	F L O R A 9 6 0 9 1 4 H S P L M I L D 7			Se ignora <input type="radio"/> 99	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
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	2   4   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	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
10. RESIDENCIA HABITUAL	Aveneda			10.1 Tipo de vialidad	JUAREZ		
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.2 Nombre de la vialidad				
122	FJIDO		10.5 Tipo de asentamiento humano	LAS CUEVAS			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	LAS CUEVAS		10.9 Municipio o Alcaldía	AXTLA DE TERRAZAS SAN LUIS POTOSI		
7   9   9   3   8		10.8 Localidad		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
10.7 Código Postal							
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otros <input type="radio"/> 8	JORNALERO Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PROSPERA <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 5 ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	AVENIDA			15.1 Tipo de vialidad	JUAREZ		
122	FJIDO		15.5 Tipo de asentamiento humano	LAS CUEVAS			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	LAS CUEVAS		15.9 Municipio o Alcaldía	AXTLA DE TERRAZAS SAN LUIS POTOSI		
7   9   9   3   8		15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa			
15.7 Código Postal							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	2   4   0   1   2   0   2   1   2   3   3   0	Dia Mes Año Horas Minutos	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 PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	a) NEUMONIA Debido a (o como consecuencia de)						4 días
	b) VTH Debido a (o como consecuencia de)						4 años
	c) _____ Debido a (o como consecuencia de)						
	d) _____ Debido a (o como consecuencia de)						
19.2 PARTE II 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:			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Usa exclusivo del personal codificador	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3			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(la) fallecido(a)	
	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9				
		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5				
			Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)				
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	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	PLACIDO	FLORES	RUBIO	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	PADRE				
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
				2368195 Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE	RAUL	VENANCIO	ABAD	28. FIRMA			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
29. DOMICILIO y TELÉFONO	AV. FRANCISCO I. MADERO NORTE			52	MUNICIPIO		
	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		
MATLAPA	7   9   9   17   0	29.7 Código Postal	MATLAPA	29.8 Localidad			
29.6 Nombre del asentamiento humano							
MATLAPA	SAN LUIS POTOSI	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.9 Municipio o Alcaldía				0   3   0   2   2   0   2   1	Día Mes Año		
31.1 Acta Núm.	01	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	Hidalgo y S de mayo altos s/n Axtla de terrazas s.c.p. 02032021				
Núm.	Libro Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía				
31.2 Acta Núm.	68 OS	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia Mes Año				

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