



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210829759

210829758 210829759 210829759 210829759 210829759
69/62802010
210829759
SC/629617Z BC/629617Z SC/C78D/L76C/C78D/17Z SC/C78D/17Z

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	OFELIA	GARCIA	Antonio
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO	20 01 1982	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
Día Mes Año			<input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP	GIAA018201920MSPRINFO3	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD
		Sí <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 →	Se ignora <input type="radio"/> 99 Especifique
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses
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
				En unión libre <input 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"/> 99
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	
53	calle ejido	Benito Juárez	Copalcuahitl	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	
		Matlapa	San Luis Potosí	
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	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	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabaja <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 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	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
		Otros <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	
53	53	Benito Juárez	Copalcuahitl	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	
		Matlapa	San Luis Potosí	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
03/11/2020 15:00	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
Día Mes Año Horas Minutos				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)	Pbc Covid-19	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) 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) Debido a (o como consecuencia de)			
	c) Debido a (o como consecuencia de)			
	d) Debido a (o como consecuencia de)			
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	21.2 ¿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	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica, oficina)		
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.)	Granja o parcela <input type="radio"/> 7		
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8		
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	Se ignora <input type="radio"/> 99		
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	
			22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía		
23. NOMBRE	Pedro	Ignacio	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Padre	
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	9113781 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	Jesús	Gómez	28. FIRMA	
Nombre(s)	Primer Apellido	Solano		
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	
			29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano	
Natlapa		Nexhuayopan		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
			00/11/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUÉ INSCRIPTA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	33.1 Acta Núm.	Día Mes Año	
Núm. <input type="radio"/> 1, Libro Núm. <input type="radio"/> 05	32.1 Localidad	00169		
31.1 Acta Núm. <input type="radio"/> 00169	32.2 Municipio o Alcaldía			
	32.3 Entidad federativa			
DEL REG. CIVIL				

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