SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO 210829827

614

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): Telesforo — Primer Apellido: Raymundo — Segundo Apellido:

2. FECHA DE NACIMIENTO Día 05 Mes 01 Año 1960

3. SEXO Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP RAXT600105HSPYXL03 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD Mexicana (X) 1 Otra ( ) 2 → Especifique: Se ignora ( ) 9

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: 060 Años cumplidos — Se ignora ( ) 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) ( ) 6 Viudo(a) ( ) 2 Casado(a) (X) 5 En unión libre ( ) 4 Divorciado(a) ( ) 3 Soltero(a) ( ) 1 Se ignora ( ) 9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad — 10.2 Nombre de la vialidad: El Palmito
10.3 Núm. Exterior — 10.4 Núm. Interior — 10.5 Tipo de asentamiento humano — 10.6 Nombre del asentamiento humano
10.7 Código Postal — 10.8 Localidad: El Palmito — 10.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale — 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

11. ESCOLARIDAD Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria (X) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 8 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ( ) 1 Incompleta (X) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL Campesino — Se ignora ( ) 99
12.1 Trabajaba Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna (X) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seguro Popular ( ) 7 Otra ( ) 8 IMSS ( ) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS PROSPERA ( ) 10 Se ignora ( ) 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS ( ) 3 PEMEX ( ) 5 SEMAR ( ) 7 IMSS PROSPERA (X) 2 ISSSTE ( ) 4 SEDENA ( ) 6 Otra unidad pública ( ) 8 Unidad médica privada ( ) 9 Vía pública ( ) 10 Otro lugar ( ) 12 Hogar ( ) 11 Se ignora ( ) 99
14.1 Nombre de la unidad médica: HR 44 Zacatipan
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Carretera — 15.2 Nombre de la vialidad: San Martín km 3
15.3 Núm. Exterior: S/N — 15.4 Núm. Interior — 15.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia — 15.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipan
15.7 Código Postal — 15.8 Localidad: Zacatipan — 15.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale — 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 08 Mes 11 Año 2020 Horas 05 Minutos 51

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ( ) 1 No (X) 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)

		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) Neumonía adquirida en la comunidad	6 días	
	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)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 ( ) 1 El parto ( ) 2 El puerperio ( ) 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ( ) 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ( ) 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2

Uso exclusivo del personal codificador — **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 ( ) 1 Homicidio ( ) 2 Suicidio ( ) 3 Se ignora ( ) 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ( ) 0 Área deportiva ( ) 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ( ) 1 Calle o carretera (vía pública) ( ) 4 Escuela u oficina pública ( ) 2 Área comercial o de servicio ( ) 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ( ) 6 Granja (rancho o parcela) ( ) 7 Otro ( ) 8 Se ignora ( ) 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
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

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s): Telesforo — Primer Apellido: Raymundo — Segundo Apellido: Campos

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hijo

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* (X) 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ( ) 4 Autoridad civil* ( ) 5 Otro* ( ) 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3115 46 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE Nombre(s): Adelaido — Primer Apellido: Carrillo — Segundo Apellido: Peralta

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: Carretera — 29.2 Nombre de la vialidad: San Martín km 3 — 29.3 Núm. Exterior: S/N — 29.4 Núm. Interior — 29.5 Tipo de asentamiento humano: colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipan — 29.7 Código Postal — 29.8 Localidad: Zacatipan
29.9 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale — 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí — 29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 08 Mes 11 Año 2020

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05
31.1 Acta Núm. 614

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: Tamazunchale
32.2 Municipio o Alcaldía: Tamazunchale — 32.3 Entidad federativa: S.L.P. — 32.4 Día Mes Año: 09 11 2020

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

210829827

Distribución gratuita y expedición