



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830204

210830204 210830204 210830204 210830204 210830204 210830204

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y AL FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210830204

ENTREGUE EL ORIGINALES DE LA 1a COPIA (AZUL) Y LA 2a COPIA (GRIS) AL PERSONAL CIVIL PARA SU FOTOCOPIA. EL FOLIO DE LA 2a COPIA SERÁ EL FOLIO DE LA ACTA DE DEFUNCIÓN

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO	Día	Mes	Año	
3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/>	9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP	FLOTIRIS110705HSIPILVIB07		Se ignora <input type="checkbox"/>	99
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/>	9
7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
	Minutos	Horas	Días	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	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4
10. RESIDENCIA HABITUAL	10.1 Tipo de vialidad			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Calle 1024, 2da del anotulado			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.2 Nombre de la vialidad	
781171		Residencia	Museo de Santander	
10.7 Código Postal	10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
	San Luis Potosí		San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8	Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	Viajero <input type="checkbox"/> 6 Casado(a) <input type="checkbox"/> 1
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8	12. Ocupación HABITUAL	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica			
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	Hospital General de Santander			
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	
781171		Residencia	Riva Guillen	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
	Salcedo de G.S.		San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día	Mes	Año	15.10 Entidad federativa
			2018 11 01	2018 11 01
			2018 11 01	2018 11 01
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			
PARTE I	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
a)	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Causas antecedentes	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
Estados morbosos, si existiera alguno, que provocaron la causa consignada arriba. Identificándose en último lugar la causa causa	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
PARTE II	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			
El embarazo <input type="checkbox"/> 1	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	22.2.1 Sitio donde ocurrió la lesión			
Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Área industrial <input type="checkbox"/> 6	
	Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4	Área agrícola <input type="checkbox"/> 7	
	Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Otro <input type="checkbox"/> 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 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			
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.2 Nombre de la vialidad	
			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
	Salcedo de G.S.		Salcedo	
23. NOMBRE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Luz Verónica	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Esposa
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5	Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 8	Número de la cédula profesional	
*Especifique				
27. NOMBRE	28. FIRMA			
César Alejandro	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad			
Riva Guillen	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa
Salcedo de G.S.	7814316	Cel. 14448128101019	Cel. 14448128101019	29.11 Teléfono
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	29.12
29.12 La defunción fue inscrita	29.13	29.14	29.15	29.16