



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830316

210830316 210830316 210830316 210830316 210830316

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <i>J. Notiridad Ríos Torres</i>		Primer Apellido <i>Ríos</i> Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <i>21</i> Mes <i>12</i> Año <i>1944</i>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			
		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i>			
5. CURP <i>RIRTN441221H5PSRT02</i>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			
		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → 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 _____ Años cumplidos _____			
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:			
		8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
		10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i>			
		10.2 Nombre de la vialidad <i>Santiago Apostol</i>			
10.3 Núm. Exterior <i>256</i> 10.4 Núm. Interior <i>Berna</i>		10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Sento Mendo del Rio</i>			
		10.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>			
10.7 Código Postal <i>79160</i>		10.8 Localidad <i>Colonia</i>			
		10.9 Municipio o Alcaldía <i>Soledad de Graciano Sánchez</i>			
		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
		12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Ninguna</i> Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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			
		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 privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9			
		14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General de Soledad</i>			
		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 Colonia		15.1 Tipo de vialidad <i>Avenida Valentín Amador</i>			
		15.2 Nombre de la vialidad <i>Genovevo Rivas Guillén</i>			
15.3 Núm. Exterior <i>78346</i> 15.4 Núm. Interior <i>Soledad de Graciano Sánchez</i>		15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Colonia</i>			
		15.6 Nombre del asentamiento humano <i>San Luis Potosí</i>			
15.7 Código Postal <i>79160</i>		15.8 Localidad <i>15.9 Municipio o Alcaldía</i>			
		15.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <i>03</i> Mes <i>11</i> Año <i>2020</i> Horas <i>01</i> Minutos <i>45</i>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input 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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días	
		a) <i>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</i> Debido a (o como consecuencia de)			
		b) <i>Probable Neumonía COVID-19</i> Debido a (o como consecuencia de)		19.3 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		c) <i>Choque Séptico</i> 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 morbososo 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
				22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS					
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 <i>22.7.4 Núm. Interior <i>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</i></i>				22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal <i>22.7.8 Localidad <i>22.7.9 Municipio o Alcaldía</i></i>				22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <i>Dionicio Ríos Ramírez</i>		Primer Apellido <i>Ríos</i> Segundo Apellido <i>Ramírez</i>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hijo</i>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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 Número de la cédula profesional <i>3270274</i>	
27. NOMBRE <i>Lucero Susana Ordóñez Torres</i>		Primer Apellido <i>Ordóñez</i> Segundo Apellido <i>Torres</i>		28. FIRMA <i>Lucero Susana Ordóñez Torres</i>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <i>Avenida Valentín Amador 1112 Colonia Genovevo Rivas Guillén</i>		29.1 Tipo de vialidad <i>78346</i> 29.2 Nombre de la vialidad <i>Colonia</i>		29.3 Núm. Exterior <i>29.4 Núm. Interior <i>29.5 Tipo de asentamiento humano</i></i>	
29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Soledad de Graciano Sánchez</i> 29.7 Código Postal <i>79160</i> 29.8 Localidad <i>Colonia</i>					
29.9 Municipio o Alcaldía <i>29.10 Entidad federativa <i>29.11 Teléfono <i>031132020</i></i></i>					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número <i>I ihm Núm.</i>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <i>03</i> Mes <i>11</i> Año <i>2020</i>	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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

210830316

