



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830322

210830322 210830322 210830322 210830322 210830322

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		IRENE		Zavala		Torres		
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		12 11 1963		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP		ZATR631112HSPVZN012		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
		Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →		
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	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):		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		
		Calle		Calle habitación		Colonia Benito Juárez		
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano		
5		79151610		Santa María del Río		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 checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL		
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Comerciente Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital General de Soledad		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
		14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Avenida	15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
		Hospital	15.5 Tipo de asentamiento humano		Hospital General de Soledad			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.8 Localidad		15.6 Nombre del asentamiento humano			
781435			Soledad de Graciano San Luis Potosí		15.10 Entidad federativa			
15.7 Código Postal					San Luis Potosí			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		03 11 210210 112 410	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
				Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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						
		a) Debido a (o como consecuencia de)	Neumonía Atípica					
		b) Debido a (o como consecuencia de)						
		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 morbososo que la produjo		Dianeteles Merello 2						
		Hipertensión arterial						
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?		
		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	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input checked="" type="radio"/> 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?		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Otro <input type="radio"/> 8				
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		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								
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		Evangeline	Castillo	Manteno	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hijastro.			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input checked="" 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	Especifique		Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		José Francisco	Palau	Valle	28. FIRMA			
		Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Ávila	Valle	Auricua	29. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
		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		
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad				
		Hospital General de Soledad	781435					
		Soledad de Graciano	San Luis Potosí					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
				Dia Mes Año				

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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

210830322