



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

210830324

210830324

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Fernando		Ariaga		Chavez	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		190311957		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>9</sub>	SAN LUIS POTOSI
5. CURP		ALICIE S 703094 SPZ H R O S		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Se ignora <input type="radio"/>	O <sub>99</sub>	Si <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	O <sub>9</sub>
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						Separado(a) <input type="radio"/>	O <sub>6</sub>
						En unión libre <input type="radio"/>	O <sub>4</sub>
						Divorciado(a) <input type="radio"/>	O <sub>3</sub>
						Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>	O <sub>1</sub>
						Casado(a) <input type="radio"/>	
						Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		MANANA MACHAMACOS	
				10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		CASA HABITACION		BANJO Santiago	
171801494				Francisco Potosi		San Luis Potosi	
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"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Primaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>		Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	
						Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	
						Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		Unidad médica privada <input type="radio"/>		Hospital General de Salcedo	
						14.1 Nombre de la unidad médica	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		112		15.1 Tipo de vialidad		Valentín Amador	
		Hospital		15.5 Tipo de asentamiento humano		Hospital General de Salcedo	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.7 Código Postal		15.9 Municipio o Alcaldía	
171843151				15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		0131112020		1161112		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>
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 Causa de la defunción		19.2 Causa de la defunción	
		a)		Algunas COVID 19		19.3 Causa de la defunción	
Causas antecedentes		b)		Debido a (o como consecuencia de)		19.4 Causa de la defunción	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		c)		Debido a (o como consecuencia de)		19.5 Causa de la defunción	
		d)		Debido a (o como consecuencia de)		19.6 Causa de la defunción	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20.1 Causa de la defunción		20.2 Causa de la defunción		19.7 Causa de la defunción	
		Diabetes Mellitus 2		Hipertensión arterial		19.8 Causa de la defunción	
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"/>		El parto <input type="radio"/>		El puerperio <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
43 días a 11 meses		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		Sí <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>	
después del parto o aborto <input type="radio"/>		O <sub>5</sub>		No <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/>	
		Homicidio <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/>		Área deportiva <input type="radio"/>	
		Se ignora <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>		Calle o carretera <input type="radio"/>	
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		Sí <input type="radio"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	
				Sí <input type="radio"/>		Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	
				No <input type="radio"/>		Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	
				Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
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	
112				22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
				22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Maria Francisca		Castillo		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Schwartz	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		O <sub>1</sub>		O <sub>2</sub>		O <sub>3</sub>	
		O <sub>4</sub>		O <sub>5</sub>		O <sub>6</sub>	
		O <sub>6</sub>		O <sub>7</sub>		O <sub>7</sub>	
		O <sub>8</sub>		O <sub>9</sub>		O <sub>8</sub>	
27. NOMBRE		Luis Francisco		Perez		28. FIRMA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Avenida		Urbano		29.11 Teléfono	
		Hospital General Salcedo		Avenida		112	
		29.8 Nombre del asentamiento humano		29.9 Código Posta		29.3 Núm. Exterior	
		Efecto de Guanaco		29.10 Entidad federativa		29.4 Núm. Interior	
		29.9 Municipio o Alcaldía				29.5 Tipo de asentamiento humano	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
						0131112020	
						Día	Mes
						Año	