



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830325

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA 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



210830325

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Margarita Hernandez Lara		
	2. FECHA DE NACIMIENTO 16/12/1971		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
	5. CURP HELM711214MSPRRR00		
DEL FALLECIDO	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	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: 48		
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Colle Jose Ma. Tragua		
	10.1 Tipo de vivienda: Colonia		
	10.2 Nombre de la vivienda: Julian Carrillo		
	10.3 Núm. Exterior: 783149 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: 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):		
DEL FALLECIDO	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <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 pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital General Salcedo <input checked="" type="radio"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Prolongación Valentín Amador 15.2 Nombre de la vivienda: Rivas Guillen 15.3 Núm. Exterior: 78435 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Salcedo Ignacio Sánchez San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o Alcaldía: 15.10 Entidad federativa:		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 03 Mes: 11 Año: 2020 Horas: 19 Minutos: 43		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía por COVID 19 Debido a (o como consecuencia de): b) Diabetes Mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de): c) Sono Debido a (o como consecuencia de): d) Sono PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo:		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 5 días		
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a):		
	22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:		
DEL INF.	23. NOMBRE Aurora Anahi Lopez Hernandez		
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 6880359		
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE Mercedes Lucia Sandoval Gallegos		
	28. FIRMA		
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Prolongación Valentín Amador 29.2 Nombre de la vivienda: Rivas Guillen 29.3 Núm. Exterior: 78435 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: Salcedo Ignacio Sánchez San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: 29.8 Localidad: 29.9 Municipio o Alcaldía: 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono: 4448260100		
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 03 Mes: 11 Año: 2020		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: Libro Núm.: 31.1 Acta Núm.:		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: Mes: Año:		

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