



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830325

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, LIA, T-17-JUJUTLA (KUJUL) Y LA C-17-JUJUTLA (KUJUL) AL NEXO DNI RUE CIVIL PARA USO EN 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

DE LA DEFUNCIÓN		<p><b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Margarita Hernandez Lara.</p> <p><b>2. FECHA DE NACIMIENTO</b> 16/12/1971 <b>3. SEXO</b> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p><b>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO</b> San Luis Potosí <b>5. CURP</b> HELM711216MSPRZRR00 <b>6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</b> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p><b>7. NACIONALIDAD</b> Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____</p> <p><b>8. EDAD CUMPLIDA</b> 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 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 10.1 Tipo de vialidad Colte 10.2 Nombre de la vialidad Jose Ma. Tragua</p> <p>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia Julian Carrillo</p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí San Luis Potosí</p> <p>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) Hogar Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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 Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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</p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Solcadel. 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad Colonia Rivas Guillen 15.2 Nombre de la vialidad</p> <p>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Solcadel Graciano Sanchez San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/11/2020 19:43 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 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</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p><b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía por covid 19</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p><b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p> <p>Diabetes Mellitus tipo 2</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Uso exclusivo del personal codificador</p> <p>21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 días Código CIE</p> <p>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 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) fallecido(a)</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con él(a) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE Aurora Anahi Lopez Hernandez 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Directivo Guardia *Especifique* Personas autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 6880359</p> <p>27. NOMBRE Mercedes Lucia Sandoval Gallegos 28. FIRMA</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO Prolongación Valentin Amador 1112 Colonia</p> <p>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</p> <p>Rivas Guillen 78435 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.11 Teléfono</p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03/11/2020</p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad</p> <p>Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa</p> <p>31.1 Acta Núm. 32.4 Dia Mes Año</p>									
-----------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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