



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830411
210830411 210830411 210830411 210830411 210830411 210830411

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ana María García Lugo		Primer Apellido	Segundo Apellido
Nombre(s)					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Año	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Son Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
GAALH3012029MSPRMMO3		Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input checked="" type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	Mexicana <input checked="" type="radio"/> O ₁ Otra <input type="radio"/> O ₂	Se ignora <input type="radio"/> O ₉
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
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 ₆	Viudo(a) <input type="radio"/> O ₂
				Divorciado(a) <input type="radio"/> O ₃	Casado(a) <input type="radio"/> O ₅
				Soltero(a) <input type="radio"/> O ₁	Se ignora <input type="radio"/> O ₉
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Colonia		Fuente de Hercules	
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		Balcones del Valle	
178136191		San Luis Potosí		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		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input checked="" type="radio"/> O ₁	Preescolar <input type="radio"/> O ₁₂	Primaria <input type="radio"/> O ₃	Secundaria <input type="radio"/> O ₅	Ninguna <input type="radio"/> O ₉₉	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> O ₇	Profesional <input type="radio"/> O ₈	Posgrado <input type="radio"/> O ₁₀	Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉	Completa <input type="radio"/> O ₁	Incompleta <input type="radio"/> O ₂
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> O ₁	ISSSTE <input type="radio"/> O ₃	SEDENA <input type="radio"/> O ₅	Seguro Popular <input type="radio"/> O ₇
		IMSS <input type="radio"/> O ₂	PEMEX <input type="radio"/> O ₄	SEMAR <input type="radio"/> O ₆	Otra <input type="radio"/> O ₈
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O ₂		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O ₁₀	Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> O ₁₀	Otro lugar <input type="radio"/> O ₁₂
Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₁	IMSS <input type="radio"/> O ₃	PEMEX <input type="radio"/> O ₅	SEMAR <input type="radio"/> O ₇	Unidad médica privada <input type="radio"/> O ₉	Hogar <input type="radio"/> O ₁₁
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> O ₂	ISSSTE <input type="radio"/> O ₄	SEDENA <input type="radio"/> O ₆	Otra unidad médica pública <input type="radio"/> O ₈	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Se ignora <input type="radio"/> O ₉₉
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
1112	Colonia	Soledad de Graciano Sánchez		Centenín Amador	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
17813416		San Luis Potosí		Genovevo Rivas Guillén	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉
10	31	12	30	30	Sí <input type="radio"/> O ₁
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
a)	Neumonía COVID 19	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
b)	Debido a (o como consecuencia de)	Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂		Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂	
c)	Debido a (o como consecuencia de)	22.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.2 Sí <input type="radio"/> O ₁ No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora <input type="radio"/> O ₉	
d)	Debido a (o como consecuencia de)	Vivienda particular <input type="radio"/> O ₀		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> O ₆	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O ₁		Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> O ₇	
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O ₂		Otro <input type="radio"/> O ₈	
		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Se ignora <input type="radio"/> O ₉	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella (fallecido(a))			
22.5 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Conocida		
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input type="radio"/> O ₁	Médico legista <input type="radio"/> O ₂	Otro médico * <input type="radio"/> O ₃	Número de la cédula profesional		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> O ₄	Autoridad civil * <input type="radio"/> O ₅	Otro * <input type="radio"/> O ₈	*Especifique		
27. NOMBRE		28. FIRMA			
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Chacaltaya		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
Avenida Valentín Amador		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	
Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 14448140100		29.9 Municipio o Alcaldía		29.11 Teléfono	
29.10 Entidad federativa		29.11 Telefono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.11 Telefono		29.12 Día		Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Nombre(s)		32.1 Localidad			

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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210830411