



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830419

210830419 210830419 210830419 210830419 210830419 210830419

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>er</sup> CÓPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL AYUDA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Olga Hernandez Hernandez	
2. FECHA DE NACIMIENTO		16 08 1966	
3. SEXO		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis Potosí	
5. CURP		HEH0660816MSPRAL05	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD		Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> 054 Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Calle Rio Bravo	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad Localidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 78480 Paisanos 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía Mexquitic de Corregidora 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input 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 type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Ocupación Ana de casa 12.2 Nombre de la vialidad Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <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	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad de Graciano Sanchez 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 SPSSIA0173011 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad Prolongación 15.2 Nombre de la vialidad Colonia Rivas Guillen 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 78436 Soledad de Graciano Sanchez 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad Soledad de Graciano Sanchez 15.9 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa Valentin Amador	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 18. SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) Causes antecedentes Estados moribundos, si existiera alguno, que produjeron la muerte directamente b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) c) Probable COVID 19 Debido a (o como consecuencia de) d) Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE Uso exclusivo del personal codificador Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 días 10 días Jodas	
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 40 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Área comercial o de trabajo <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia e 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 22.7.11 San Luis Potosí 22.7.12 Colonia	
23. NOMBRE		Marina Hernandez Hernandez	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Hermana	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Médico de guardia <input type="radio"/> 4 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		8036290 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		José Alfonso De Luna Maíquez	
28. FIRMA		JAY O. J.	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad Prolongación 29.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillen 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Graciano Sanchez 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 29.12 Día Mes Año 4448260100 05/11/2020	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm. _____ Núm. _____ Libro Núm. _____		32.1 Localidad _____	
31.2 Entidad federativa _____		32.2 Municipio o Alcaldía _____	
31.3 Fecha de inscripción _____		32.3 Entidad federativa _____	
31.4 Día Mes Año _____		32.4 Día Mes Año _____	

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

210830419

