



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

Modelo 2017.1

FOLIO

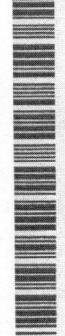
210830543

210830543 210830543 210830543 210830543

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Pedro Dimas Morales	2. FECHA DE NACIMIENTO 09/01/1956	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
			Día Mes Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
			5. CURP DIMP560109HSRMRD02	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
					Se ignora <input type="radio"/> 9	
		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				
		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 12	8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 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	10.1 Tipo de vialidad Calle	
					10.2 Nombre de la vialidad Zaragoza	
		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 78630	10.5 Tipo de asentamiento humano Zaragoza	10.6 Nombre del asentamiento humano Santo Domingo	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) S. L. P.	
		10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía		
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Agricultor <input type="radio"/> 1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	12.1.1 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otra lugar <input type="radio"/> 12	
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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	13.2.1 Hogar <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.2.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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"/> 9 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 112 Colonia Soledad Graciano S.	15.1 Tipo de vialidad Prolongación Colonia Soledad Graciano S.	15.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador	15.3.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 8 días	
		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 78436	15.5 Tipo de asentamiento humano Soledad Graciano S.	15.6 Nombre del asentamiento humano Genovevo Ruvalcaba	15.7.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 años	
		15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa S. L. P.	
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08/11/2020 01:23:10	Día Mes Año Horas Minutos	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)				
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Síndrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)			
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que precedieron a la muerte consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonía por COVID-19 Debido a (o como consecuencia de)			
			c) Diabetes Mellitus Tipo 2 Debido a (o como consecuencia de)			
			d) Hipertensión Arterial Debido a (o como consecuencia de)			
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron				
		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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	21.2.1 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3.1 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
		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	22.2.1 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3.1 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 el(a) fallecido(a)	
		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	22.3.2 Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.5.1 Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Rancho o parcela <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		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	
DE LA DEFUNCIÓN		23. NOMBRE Raúl Dimas Rodríguez	Primer Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		
		Nombre(s)	Segundo Apellido			
		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Directo Toma	26.1 Número de la cédula profesional 3207093	28. FIRMA Brumay Y	
		27. NOMBRE Enriqueta Alicia Domínguez	Primer Apellido	27.2.1 Especifique		
		Nombre(s)	Segundo Apellido			
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Prolongación Valentín Amador, Genovevo Ruvalcaba, Soledad Graciano S.	29.1 Tipo de vialidad 78436	29.2 Nombre de la vialidad Soledad Graciano S.	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	
			29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano	
				29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 08/11/2020	
DEL REG. CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	32.3 Entidad federativa	32.4.1 Dia 32.4.2 Mes 32.4.3 Año	
		31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía			

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



210830543