



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210830696
210830696 210830696 210830696 210830696

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Federico Contreras		Martinez	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
COMFS80121HSPNRD007		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
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"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL		Calle Barrio		10.2 Nombre de la viabilidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.3 Núm. Exterior 365 1 10.4 Núm. Interior 78349		San Sebastian.	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad San Luis Potosí		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	Comerciante <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10.9 Municipio o Alcaldía	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> Hospital General Soledad	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.3 Núm. Exterior 1112 15.4 Núm. Interior 78435		15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Núm. Exterior 10112020 16.2 Núm. Interior 1856		16.3 Número de seguridad social o afiliación	
Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II	
a) Neumonía Atípica por SARSCOV2		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		b) Diabetes Mellitus Tipo 2	
b) Diabetes Mellitus Tipo 2		Debido a (o como consecuencia de)		c) Hipertensión Arterial Sistémica	
c) Hipertensión Arterial Sistémica		Debido a (o como consecuencia de)		d) Evento Vascular Cerebral Isquémico	
d) Evento Vascular Cerebral Isquémico		Debido a (o como consecuencia de)		e) Hipoplasia Próstática	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puérpero?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>				22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	Homicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
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		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Núm. Exterior 22.7 Núm. Interior		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
23. NOMBRE		23.1 Nombre(s)		23.2 Segundo Apellido	
DEL INF.	Rocio Adriana Contreras	Primer Apellido		Aimanderez	Itza.
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico * <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Dirachivo Guardia *Especifique
27. NOMBRE	Mercedes Lucia Sandoval	Primer Apellido	Galligos	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	6880359
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Prolongación Valentín Amador Rivas Guillen	29.1 Tipo de vialidad	78435	Número de la cédula profesional	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	Núm. _____ Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	29.2 Nombre de la vialidad	29.5 Tipo de asentamiento humano
	31.1 Acta Núm. _____		32.1 Localidad	29.3 Núm. Exterior 112 29.4 Núm. Interior 29.11 Teléfono 4448-240199	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
			32.2 Municipio o Alcaldía		Día Mes Año
				32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año

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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARARES

210830696