



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

Modelo 2017-1
FOLIO
210830700
210830700 210830700 210830700 210830700 210830700

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) J. Jesus Monter Rivera Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 07/06/1946 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Son Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP HEHJ5460601HSPVU509 Se ignora ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐
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 74 Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Localidad 2 Enramadas Santa Rosa de la San Luis Potosí 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 179560 Enramadas Santa Rosa de la 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 Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL La escolaridad seleccionada es: Comercialista 12.1 Trabajaba Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Progreso Valentín Arce 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 1112 Colono Rivas Guillen 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 178435 Salidad de Grocuno Sanchez Salidad de Grocuno Sanchez San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/1/2020 23:52 Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria severa Debido a (o como consecuencia de) b) Peumonia Prob Covid-19 Debido a (o como consecuencia de) c) 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 moribundo que la produjo DA		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días 3 días 7
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐
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 o 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 vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
23. NOMBRE Jorec Monter Monchocho Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico* ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil* ☐ Otro* ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4760637 Número de la cédula profesional
27. NOMBRE Rafael POC Juan Velezco Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO Progreso Valentín Arce 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda Rivas Guillen 1112 Colono 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 178435 Salidad de Grocuno Sanchez Salidad de Grocuno Sanchez San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/11/2020 Día Mes Año
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año

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