



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210831079

210831079 210831079 210831079 210831079 210831079 210831079 210831079

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Javier Rojas Martínez			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 11121972 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Ciudad de México Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP ROMJ721211HDFJRVO7		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos		Para menores de un día _____ Horas		Para menores de un mes _____ Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 318		10.1 Tipo de vialidad Fraccionamiento		10.2 Nombre de la vialidad Berna Vergel	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 78100		10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Albañil 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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	
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		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Colonia		15.2 Nombre de la vialidad Genovevo Rivas Cecillén	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 78346		15.5 Tipo de asentamiento humano 15.7 Código Postal		15.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13/11/2020 03:04				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02					
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) Sindrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Minutos	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)		5 días	
c) COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)				5 días	
d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo					
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 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 02		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 02	
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"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.8 Localidad				22.7.9 Municipio o Alcaldía	
				22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s) María de la Luz Noyola Comizales		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Conocida			
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 Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil * <input type="radio"/> 5 Otro * <input type="radio"/> 8				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 3272274	
27. NOMBRE Nombre(s) Lucía Susana Ordóñez Torres				28. FIRMA Ordeñez	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida Valentin Amador 1112 Colonia Genovevo Rivas Cecillén 78346		29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 444182400100		29.7 Código Postal 29.10 Entidad federativa		29.8 Localidad 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13/11/2020					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Nombre _____ Lugar _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 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

210831079

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL