



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831081, 210831081 210831081 210831081 210831081 210831081

210831081 210831081 210831081 210831081 210831081

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP TOC C590501MSPRMR05		6. SE IGNORA <input type="radio"/> 99 SE IGNORA <input type="radio"/> 99 SE IGNORA <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → 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) 10.7		10.1 Tipo de vialidad Fraccionamiento		10.2 Nombre de la vialidad Los Fresnos	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 78433		10.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Gerardo Sánchez		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
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 type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" 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 Contadora	
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				12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Colonia		15.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 78346		15.5 Tipo de asentamiento humano Soledad de Gerardo Sánchez		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13/11/2020 00:25				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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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 de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 13 días	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonía Atípica Debido a (o como consecuencia de)		Vía exclusiva del personal codificador 13 días	
c) Debido a (o como consecuencia de)					
d) 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 morbo que la produjo		Hipertensión Arterial Sistémica Diabetes Mellitus ↗		Años Años	
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 <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"/> 2		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <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 Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 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 22.7.8 Localidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.9 Municipio o Alcaldía	
22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE Nombre(s) Juan Manuel Ramírez Tovar		Primer Apellido		Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo					
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 * Especifique				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3272274 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) Lucía Susana Ordóñez Torres		Primer Apellido		Segundo Apellido	
28. FIRMA Ordóñez					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Valentín Amador 1112 Colonia Genovevo Rivas Guillén 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 Gerardo Sánchez San Luis Potosí		29.7 Código Postal 44482610100		29.8 Localidad 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13/11/2020					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número: Libro Número:		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad			

 ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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

210831081

