



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831204

210831204 210831204 210831204 210831204

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 POSESIÓN
DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Jorge Enrique Nava	Primer Apellido Ibarra	Segundo Apellido	
		2. FECHA DE NACIMIENTO Día 23 Mes 10 Año 1963	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Sin Luis Potosí	
		5. CURP N A I J 630412345678906	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Minutos 06	Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Días 18	Para menores de un año <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Meses 05	
		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)	10.1 Tipo de vialidad Rancho	10.2 Nombre de la vialidad 18 de Marzo	
		10.3 Núm. Exterior 1781900	10.4 Núm. Interior Mocetzuma	10.5 Tipo de asentamiento humano Mocetzuma	
		10.7 Código Postal 19100	10.8 Localidad Mocetzuma	10.9 Municipio o Alcaldía Sin Luis Potosí	
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/>	11. La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 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	
		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		
		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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112	15.1 Tipo de vialidad Avenida	15.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador	
		15.3 Núm. Exterior 18141315	15.4 Núm. Interior Colonia	15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia de Graciano Sánchez	
		15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía Sin Luis Potosí	
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14 11 2020 21 04	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input 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.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Usa exclusivo del personal codificador. Código CIE	
DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)	4 días		
		b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)	4 días		
		c) Probable SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de)	4 días		
		d) Diabetes mellitus tipo II Hipertensión Arterial Sistémica	4 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 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? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3. 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"/> 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	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (calle o carretera (vía pública)) <input type="radio"/> 4 Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		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 22.7.3 Núm. Exterior 2274 Núm. Interior 2274	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad	
		22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	
		23. NOMBRE Nombre(s) Na. Guadalupe Almuza	Primer Apellido Puurreon	Segundo Apellido	
DEL INF.		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 7575367	
				Número de la cédula profesional	
DEL CERTIFICANTE		27. NOMBRE Nombre(s) Miguel Angel Mendoza	Primer Apellido	28. FIRMA	
DEL REG. CIVIL		29. DOMICILIO Y TELÉFONO avenida Rivas Guillen	valentin Amador 1112	29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia	
		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15 11 2020	
		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	Dia Mes Año	
		29.8 Municipio o Alcaldía	29.9 Entidad federativa		
		31.1 Acta Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	32.3 Entidad federativa	
			32.2 Municipio o Alcaldía	32.4 Dia Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL NO DEBE DMITIR ESTE OFICIALIA A LA SECRETARÍA DE SALUD

210831204

