



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210831207

210831207 210831207 210831207 210831207 210831207

210831207 210831207 210831207 210831207 210831207

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Reina Uribe		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Cruz	
		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 07 09 1957 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP UICR570907MSPRN05		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 99 SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 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 un año _____ Meses Para personas de un año o más _____ Años cumplidos		8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos): 8.4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input 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"/> 99	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 12 Colonia San Luis Potosí 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal		10.1 Tipo de vialidad Colonia 10.2 Nombre de la vialidad Heroes Antorchistas de Chimalhuacán. 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal	
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 type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 Otra <input type="radio"/> 8	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA		13.1 Número de seguridad social o afiliación 13.2 OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa 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 Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez		14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9	
		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 Colonia Soledad de Graciano Sánchez 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal		15.1 Tipo de vialidad Colonia 15.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillén 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11 4 11 2020 23 13 Dia Mes Año Horas Minutos		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.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		19.1 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
		19.2 Causas antecedentes Debido a (o como consecuencia de)	
		19.3 Causas antecedentes Debido a (o como consecuencia de)	
		19.4 Causas antecedentes Debido a (o como consecuencia de)	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: E 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 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 44 días después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		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	
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? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica o obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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 ell(a) fallecido(a)			
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	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.7 Código Postal		22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Victorino Hernández		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input type="radio"/> 3 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil * <input type="radio"/> 5 Otra * <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Médico de turno <input type="radio"/> 8036290 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE José Alfonso De Luna		28. FIRMA Máquez <input type="radio"/> 94/07/2020	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Prolongación 29.1 Tipo de vialidad Rivas Guillén 29.6 Nombre del asentamiento humano Soledad de Graciano Sánchez 29.9 Municipio o Alcaldía		29.2 Nombre de la vialidad Valentín Amador 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 1112 4448260100 Colonia	
		29.7 Código Postal 17841361 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14/11/2020 Dia Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____ 31.1 Acta Número _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía	
		32.3 Entidad federativa 32.4 Dia Mes Año	

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

210831207

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210831207