



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831208

210831208 210831208 210831208 210831208 210831208 210831208

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jose Rodriguez		Zavala	
2. FECHA DE NACIMIENTO		04 05 1969		3. SEXO	
				Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP		R012J690504HSPDV503		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
				San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
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 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	
				Calle 127 Fraccionamiento	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
7183941		San Luis Potosí		San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
				San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
				Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
				Operador trailer Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica	
				Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez SPSSA01	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
		1112 Colonia		Valentina Amador Rivas Guillen	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
71841360		Soledad de Graciano Sánchez		Soledad de Graciano Sánchez	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	
				San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día Mes Año		16.2 Horas Minutos	
15 11 2020				00 55	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
				Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			
		a) Sindrome Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)			
		b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)			
		c) Debido a (o como consecuencia de)			
		d) Diabetes Mellitus 2			
19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
		7 días 9 días			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE			
		Uso exclusivo del personal calificado Código CIE			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
		El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		El parto <input type="radio"/> No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
		Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
		22.1.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 22.1.2 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 22.1.3 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		22.3.1 Vivienda particular <input type="radio"/> 22.3.2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 22.3.3 Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	
		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3.2 Área deportiva <input type="radio"/> 22.3.3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 22.3.4 Rancho o parcela <input type="radio"/>	
		22.2.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 22.2.2 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 22.2.3 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		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		22.7.1 Tipo de vialidad	
				22.7.2 Nombre de la vialidad	
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	
23. NOMBRE		Nayeli Gabriela Rodriguez		Lopez	
				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/>		Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	
		25.1.1 Médico de piso <input type="radio"/> 25.1.2 Especialista <input type="radio"/>		26.1.1 8036290 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		Jose Alfonso De Leon		28. FIRMA	
				28.1.1 Jayc011	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Prolongación		29.2 Soledad de Graciano Sanchez	
		29.1.1 Rivas Guillen 29.1.2 Soledad de Graciano Sanchez		29.2.1 171841360 29.2.2 San Luis Potosí	
		29.3.1 227.4 Núm. Interior 29.3.2 227.5 Tipo de asentamiento humano		29.4.1 1112 29.4.2 Colonia	
		29.5.1 227.7 Código Postal 29.5.2 227.8 Localidad		29.6.1 29.11 Teléfono 29.6.2 29.8 Localidad	
31.1 Acta Núm.		32.1 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		32.1.1 Núm. 32.1.2 Libro Núm.		30.1.1 15 11 2020 30.1.2 Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32.2 Municipio o Alcaldía	
		Núm. 31.1.1		32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

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