



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

Modelo 2017-1

FOLIO

210831282

210831282

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jorge		Luna		Castillo			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP			
10 12 1977		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉		Estado de México		L0CJ771210HMCNSR08			
Día Mes Año		O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		Se ignora O ₉₉			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD		9. ESTADO CONYUGAL			
Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> O ₉		Mexicana <input checked="" type="radio"/> O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉		Para menores de una hora		Para menores de un día			
CUMPLIDA		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más			
Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año			
Minutos		Horas		Días		Meses			
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Para personas de un año o más			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉			
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		724.		Calle 101		10.4 Núm. Interior			
Colonia		Colonia		El Palmar.		10.5 Tipo de asentamiento humano			
783914		San Luis Potosí		SLP		10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
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 O ₉₉		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> O ₂		Taxista		IMSS O ₂ ISSSTE O ₃ SEDENA O ₅ Seguro Popular O ₇ Otra O ₈			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
IMSS O ₂ ISSSTE O ₄ SEDENA O ₆ SEMAR O ₆ IMSS PROSPERA O ₁₀ Se ignora O ₉₉		Hospital General Soledad		Vía pública O ₁₀ Otro lugar O ₁₂		Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS O ₃ PEMEX O ₅ SEMAR O ₇ Otra unidad médica privada O ₉			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.3 Núm. Exterior			
112		Colonia		Colonia Graciano		15.4 Núm. Interior			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.5 Tipo de asentamiento humano			
78436		Soledad Graciano		Soledad Graciano		SLP			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		15.1 Tipo de vialidad			
16 11 12 01 20 04 30		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora O ₉		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora O ₉		15.2 Nombre de la vialidad			
Día Mes Año Horas Minutos		15.10 Entidad federativa		15.10 Entidad federativa		15.10 Entidad federativa			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II		19.3 Parte III			
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Hiperpresión Arterial		Obesidad			
a) Neumonía por COVID-19		b) Debido a (o como consecuencia de)		c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)			
Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)			
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 de la gestación, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
El embarazo <input checked="" type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto O ₄		El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O ₅		El puerperio <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora O ₉		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> O ₂ Se ignora O ₉		Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio	
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		22.7.5 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Claudia Aide Venezuela		Rodríguez		Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> O ₅		Pareja.			
Nombre(s)		Primer Apellido		Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> O ₃ Otro* <input type="radio"/> O ₈		3207093			
27. NOMBRE		28. FIRMA		29.5 Tipo de asentamiento humano					
Enka Aide Domínguez		Yerecia		29.6 Nombre del asentamiento humano					
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior					
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.4 Núm. Interior					
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIA DE O ₁₁ GAD		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
11 11 12 01 20 20		Nombre(s)		Primer Apellido					
Día Mes Año		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							