



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210831634 210831634 210831634 210831634 210831634  
210831634 210831634 210831634 210831634 210831634

210831634

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Fernando Chávez Ortiz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>30/05/1932</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Coahuila de Zaragoza</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>CAIOF320530HCLHRR09</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>0</u> Horas <u>8</u> Minutos Para menores de un día: <u>0</u> Días <u>8</u> Horas Para menores de un mes: <u>0</u> Meses <u>8</u> Días Para menores de un año: <u>0</u> Años <u>8</u> Meses Para personas de un año o más: <u>0</u> Años <u>8</u> Meses <u>8</u> Días Especifique: <u>088</u> Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" 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"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 735 Colonia</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Ignacio Ramirez</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Julian Carrillo</u> 10.3 Núm. Exterior <u>735</u> 10.4 Núm. Interior <u>735</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 10.7 Código Postal <u>78340</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosi</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosi</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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: <u>Completa</u> <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Labrador</u> 12.1 Trabajaba: <u>Sí</u> <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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 checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <u>Hospital General de Soledad</u> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Valentin Amador</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 14.3 Clave de la vialidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 14.4 Clave del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> <u>Colonia</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Valentin Amador</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior <u>1112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 15.7 Código Postal <u>78340</u> 15.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosi</u> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>19/11/2020</u> <u>08:40</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía probable COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>4 dias</u>	
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 después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo 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	
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"/> 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 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1112</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 22.7.7 Código Postal <u>78340</u> 22.7.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosi</u> 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Maria de Monserrat Chavez Rodriguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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: <u>3272274</u> Número de la cédula profesional	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3272274</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Lucia Susana Orduna Torres</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>Orduna</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida Valentin Amador 1112</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>Colonias</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Genovevo Rivas Guillén</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78340</u> 29.4 Núm. Interior <u>78340</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosi</u> 29.7 Código Postal <u>78340</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosi</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosi</u> 29.10 Entidad federativa	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>19/11/2020</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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

210831634