Modelo 2017.1

FOLIO 210833027

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): LUIS (Nombre(s)) ALBERTO (Primer Apellido) MARTINEZ JOSE (Segundo Apellido)

2. FECHA DE NACIMIENTO: 16 (Día) 08 (Mes) 1988 (Año)

3. SEXO: Hombre [X] 1 Mujer [ ] 2 Se ignora [ ] 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: SAN LUIS POTOSI (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: MAJL880815HSPRSS08 Se ignora [ ] 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí [X] 1 No [ ] 2 Se ignora [ ] 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana [X] 1 Otra [ ] 2 → Especifique: Se ignora [ ] 9

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 032 Años cumplidos; Se ignora [ ] 9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:
8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) [ ] 6 Viudo(a) [ ] 2 Casado(a) [ ] 5 En unión libre [ ] 4 Divorciado(a) [ ] 3 Soltero(a) [X] 1 Se ignora [ ] 9

10. RESIDENCIA HABITUAL
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: CALLE
10.2 Nombre de la vialidad: JUAREZ
10.3 Núm. Exterior: 205
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: MUNICIPIO
10.6 Nombre del asentamiento humano: ZONA CENTRO
10.7 Código Postal: 79900
10.8 Localidad: XILITLA
10.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI

11. ESCOLARIDAD: Ninguna [ ] 1 Preescolar [ ] 12 Primaria [ ] 3 Secundaria [ ] 5 Bachillerato o preparatoria [ ] 7 Profesional [X] 8 Posgrado [ ] 10 Se ignora [ ] 99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa [ ] 1 Incompleta [ ] 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: PROFESOR Se ignora [ ] 99
12.1 Trabajaba: Sí [X] 1 No [ ] 2 Se ignora [ ] 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna [ ] 1 ISSSTE [X] 3 SEDENA [ ] 5 Seguro Popular [ ] 7 Otra [ ] 8 IMSS [ ] 2 PEMEX [ ] 4 SEMAR [ ] 6 IMSS PROSPERA [ ] 10 Se ignora [ ] 99
13.1 Número de seguridad social o afiliación: 2420505 XILITLA

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud [ ] 1 IMSS [ ] 3 PEMEX [ ] 5 SEMAR [ ] 7 IMSS PROSPERA [ ] 2 ISSSTE [ ] 4 SEDENA [ ] 6 Otra unidad pública [ ] 8 Unidad médica privada [ ] 9 Vía pública [ ] 10 Otro lugar [ ] 12 Hogar [X] 11 Se ignora [ ] 99
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: CALLE
15.2 Nombre de la vialidad: JUAREZ
15.3 Núm. Exterior: 205
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: MUNICIPIO
15.6 Nombre del asentamiento humano: ZONA CENTRO
15.7 Código Postal: 79900
15.8 Localidad: XILITLA
15.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 19 (Día) 03 (Mes) 2021 (Año) 1000 (Horas Minutos)

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí [X] 1 No [ ] 2 Se ignora [ ] 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí [ ] 1 No [X] 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	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	05 MIN	
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) INSUFICIENCIA AGUDA	08 DIAS	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) SINDROME DE INSUFICIENCIA AGUDA	45 DIAS	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) HEPATITIS VIRAL.	03 MESES	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo [ ] 1 El parto [ ] 2 El puerperio [ ] 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto [ ] 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte [ ] 5
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí [ ] 1 No [ ] 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí [ ] 1 No [ ] 2

Uso exclusivo del personal codificador
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente [ ] 1 Homicidio [ ] 2 Suicidio [ ] 3 Se ignora [ ] 9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí [ ] 1 No [ ] 2 Se ignora [ ] 9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular [ ] 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) [ ] 1 Escuela u oficina pública [ ] 2 Área deportiva [ ] 3 Calle o carretera (vía pública) [ ] 4 Área comercial o de servicio [ ] 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) [ ] 6 Granja (rancho o parcela) [ ] 7 Otro [ ] 8 Se ignora [ ] 9
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 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

DEL INF.

23. NOMBRE: BLANDINA (Nombre(s)) MARTINEZ (Primer Apellido) JOSE (Segundo Apellido)

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): MADRE

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante [ ] 1 Médico legista [ ] 2 Otro médico* [X] 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud [ ] 4 Autoridad civil* [ ] 5 Otro* [ ] 8 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 379913 (Número de la cédula profesional)

27. NOMBRE: JAVIER FCO. (Nombre(s)) ORIZAGA (Primer Apellido) MARTINEZ (Segundo Apellido)

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO
29.1 Tipo de vialidad: CALLE
29.2 Nombre de la vialidad: 2A ZAPOTA
29.3 Núm. Exterior: 132
29.4 Núm. Interior:
29.5 Tipo de asentamiento humano: MUNICIPIO
29.6 Nombre del asentamiento humano: ZONA CENTRO
29.7 Código Postal: 79900
29.8 Localidad: XILITLA
29.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA
29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI
29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 16 (Día) 03 (Mes) 2021 (Año)

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
Núm. 1, Libro Núm. 5
31.1 Acta Núm. 39

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad: Xilitla
32.2 Municipio o Alcaldía: Xilitla
32.3 Entidad federativa: San Luis Potosí
32.4 Día Mes Año: 19 03 2021

210833027

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

Distribución gratuita