

67



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210833197  
210833197 210833197 210833197 210833197 210833197

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		<b>SECRETARÍA DE SALUD</b> <b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</b>									
		ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO									
DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		JUANA		LUCAS		Reyes			
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido					
		2. FECHA DE NACIMIENTO		27 03 1940		3. SEXO		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
		Día Mes Año		O1 O2 O3		O1 O2 O3		SAN LUIS POTOSI			
		5. CURP		LNU2J400327MSPCYN06		Se ignora <input type="radio"/> 99		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 →			
		8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos		Para menores de un día <input type="radio"/> Horas		Para menores de un mes <input type="radio"/> Días		Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	
		Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	
		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:								Se ignora <input type="radio"/> 99	
		10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		CAMINO RURAL		CALLE Principal TEPESTATE		10.2 Nombre de la vialidad	
				10.1 Tipo de vialidad							
SIN NOMBRE SIN NOMBRE RURAL		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano			
79980 EL TEPESTATE		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		TAMAZUNCHALE		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. Ocupación Habitual			
						Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input checked="" type="radio"/> 8		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
						Unidad médica privada <input type="radio"/> 9					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		CAMINO RURAL		15.1 Tipo de vialidad		CALLE Principal TEPESTATE		15.2 Nombre de la vialidad			
		RURAL									
SIN NOMBRE SIN NOMBRE		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano			
79980		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		TAMAZUNCHALE		15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		14 50 17 20 21		11 16 48		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
		Dia Mes Año		Horas Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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		<p>a) SARS - COV 2 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p>									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron 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		<p>HIPERTENSIA ARTERIAL 20 AÑOS</p>									
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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
				43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		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		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 él(a) fallecido(a)			
		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		KATY RUTH		CRUZ		LUCAS		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		HIJA.			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		*Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
								2587428			
27. NOMBRE		PEDEO		BARCIA		MODALES		28. FIRMA			
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Pedro Barcia			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		CAMINO RURAL		CALLE Principal TEPESTATE		SAN JUANITO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior		19 01 2021			
EL TEPESTATE		29.6 Nombre del asentamiento humano		79980		29.8 Localidad		Dia Mes Año			
TAMAZUNCHALE		29.9 Municipio o Alcaldía		SAN LUIS POTOSI		4831043080					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		Número 01, Libro Núm. 05		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		TAMAZUNCHALE		32.3 Entidad federativa			
		31.1 Acta Núm. 67		32.1 Localidad		S.C.P.		32.4 Dia Mes Año			
32.2 Municipio o Alcaldía		TAMAZUNCHALE									

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

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



210833197