



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210833204

210833204 210833204 210833204 210833204 210833204

210833204 210833204 210833204 210833204 210833204

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	AMALIO		RESENDIZ	TORRES		
	Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	1 1 0 7 1 9 5 0	Dia Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI
						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP	R E T A 5 0 0 7 1 1 H S P S R M 0 4			Se ignora <input type="checkbox"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
						7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 →
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	0 7 0
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	Se ignora <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 9
						REFORMA	10.2 Nombre de la vialidad
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			PRIVADA	DEL CARMEN	10.6 Nombre del asentamiento humano	
S/N	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano	SAN LUIS POTOSI		
			TAMAZUNCHALE		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8	Primaria <input type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4	ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 6	SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	NO OCUPADO - JUBILADO O 12.1 Trabajaba	10.1 Tipo de vialidad	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	TAMAZUNCHALE		14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	SN 7 9 9 6 0	BOULEVARD PUEBLO	TAMAZUNCHALE		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	10.2 Nombre de la vialidad	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	2 8 0 1 2 0 2 1	15.1 Tipo de vialidad	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	SX <input checked="" type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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					19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
a) SX DIFICULTAD RESPIRATORIA	Debido a (o como consecuencia de)					8 DIAS	
b) NEUMONIA VIRAL COVID-19	Debido a (o como consecuencia de)					8 DIAS	
c)	Debido a (o como consecuencia de)						
d)							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
El embarazo <input type="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)	
22.1 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8	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	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3	22.2 Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Número de la cédula profesional				
22.7 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	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	OMAR DE JESUS	RESENDIZ	ADRIAN	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	Hijo(a) <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2			
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5	Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
				4469118			
27. NOMBRE	CLAUDIA	HERNANDEZ	GARCIA	28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO	BOULEVARD	BOULEVARD ISSSTE	S/N	PUEBLO			
	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior			
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Municipio o Alcaldía	29.5 Tipo de asentamiento humano			
TAMAZUNCHALE		TAMAZUNCHALE	SAN LUIS POTOSI	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	4 8 3 3 6 2 1 1 9 0	2 9 0 1 2 0 2 1			
				Dia Mes Año			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	Tamazunchale					
Núm. 01, Libro Núm. 05	32.1 Localidad						
31.1 Acta Núm. 88	32.2 Municipio o Alcaldía	S. L. P.					
	32.3 Entidad federativa						
				32.4 Día Mes Año			
DEL REG. CIVIL	ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD						

210833204

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 PARTICULARS

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>ra</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>da</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN