



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

FOLIO  
210833204  
Modelo 2017.1

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210833204

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>AMALIO RESENDIZ TORRES</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
	2. FECHA DE NACIMIENTO 1 1 0 7 1 9 5 0 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 <b>SAN LUIS POTOSI</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
	5. CURP <b>R E T A 5 0 0 7 1 1 H S P S R M 0 4</b>			
DE LA DEFUNCIÓN	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
	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: 0 7 0 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9			
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>PRIVADA</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>REFORMA</b> 10.2 Nombre de la vialidad <b>S/N</b> 10.3 Núm. Exterior <b>BARRIO</b> 10.4 Núm. Interior <b>DEL CARMEN</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 10.7 Código Postal <b>TAMAZUNCHALE</b> 10.8 Localidad <b>SAN LUIS POTOSI</b> 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>NO OCUPADO - JUBILADO O PENSIONADO</b> 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" 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 <b>RETA500711</b>
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input 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 checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			14.1 Nombre de la unidad médica <b>Tamazunchale</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>S P I S T O 0 0 1 4 2</b>
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>SN</b> 15.3 Núm. Exterior <b>PUEBLO</b> 15.4 Núm. Interior <b>TAMAZUNCHALE</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 15.7 Código Postal <b>TAMAZUNCHALE</b> 15.8 Localidad <b>SAN LUIS POTOSI</b> 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			
MUELTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2 8 0 1 2 0 2 1 2 2 0 0 Día Mes Año Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <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, asfénia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>SX DIFICULTAD RESPIRATORIA</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>NEUMOANIA VIRAL COVID-19</b> Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>8 DIAS</b> <b>8 DIAS</b> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
DEL INF.	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? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			21.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <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? Si <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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
DEL CERTIFICANTE	23. NOMBRE <b>OMAR DE JESUS RESENDIZ ADRIAN</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>HIJO(A)</b> 24.1 Tipo de vialidad 24.2 Nombre de la vialidad
	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			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>4469118</b> Número de la cédula profesional
	27. NOMBRE <b>CLAUDIA HERNANDEZ GARCIA</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>BOULEVARD</b> 29.1 Tipo de vialidad <b>BOULEVARD ISSSTE</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>S/N</b> 29.3 Núm. Exterior <b>PUEBLO</b> 29.4 Núm. Interior <b>TAMAZUNCHALE</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>TAMAZUNCHALE</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <b>SAN LUIS POTOSI</b> 29.7 Código Postal <b>TAMAZUNCHALE</b> 29.8 Localidad <b>SAN LUIS POTOSI</b> 29.9 Municipio o Alcaldía <b>4 8 3 3 6 2 1 1 9 0</b> 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>2 9 0 1 2 0 2 1</b> Día Mes Año
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <b>01</b> , Libro Núm. <b>05</b> 31.1 Acta Núm. <b>88</b>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>Tamazunchale</b> 32.1 Localidad <b>S.L.P.</b> 32.2 Municipio o Alcaldía <b>05 0 2 2 0 2 1</b> 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año

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