



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
210835536
SECRETARÍA DE SALUD

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



210835536

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Pedro</u> Castro <u>Padron</u> Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>28</u> Mes <u>02</u> Año <u>1948</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>CIAPI480228HISPDD03</u> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>07</u> Para menores de un día: Horas <u>2</u> Para menores de un mes: Días <u>0</u> Para menores de un año: Meses <u>0</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>0</u>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Callejón</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Progreso</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>5/N</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Colonias</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Estación</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>7190110</u> 10.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: <u>Mayordomo</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación: <u>Mayordomo</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>4965481994 541948 PE</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Zona #06 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Zona #06</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>19 de Enero</u> 14.3 Clave de la unidad médica: <u>19 de Enero</u> 14.4 Clave de la unidad médica: <u>19 de Enero</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Mexico Laredo</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>914</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Fraccionamiento</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>19 de Enero</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>7190110</u> 15.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>Ciudad Valles</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>01</u> Año <u>2021</u> Horas <u>04</u> Minutos <u>00</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Paro cardíaco</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía, no especificada</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Sospecha de Coronavirus SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Diabetes mellitus insulino dependiente</u> <u>Hipertensión esencial (primaria)</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>15 min</u> <u>9 días</u> <u>9 días</u> <u>2 años</u> <u>12 años</u> <u>12 años</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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> <u>Homicidio</u> <u>Suicidio</u> <u>Se ignora</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Escuela u oficina <input type="radio"/> Área comercial o pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a): <u>914</u> <u>Fraccionamiento</u>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>19 de Enero</u> <u>171901010</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u>	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u>171901010</u> <u>Ciudad Valles</u> <u>San Luis Potosí</u>	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>171901010</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>171901010</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>171901010</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>171901010</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>171901010</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>171901010</u> 22.7.7 Código Postal: <u>171901010</u> 22.7.8 Localidad: <u>171901010</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>171901010</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>171901010</u>	
23. NOMBRE <u>Patricia</u> <u>Flores</u> <u>Salvador</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> <u>Médico de guardia</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <u>10899252</u> Número de la cédula profesional	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>10899252</u>	
27. NOMBRE <u>Carlos Alberto</u> <u>Garay</u> <u>Angeles</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Boulevard</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Mexico Laredo</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>914</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Fraccionamiento</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>19 de Enero</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>171901010</u> 29.8 Localidad: <u>Ciudad Valles</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>171901010</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>01</u> Año <u>2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>171901010</u> Libro Núm. <u>171901010</u> 31.1 Acta Núm. <u>171901010</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>171901010</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>171901010</u> 32.3 Entidad federativa: <u>171901010</u> 32.4 Día: <u>171901010</u> 32.5 Mes: <u>171901010</u> 32.6 Año: <u>171901010</u>	

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