



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210835536

210835536 210835536 210835536 210835536

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 REG. CIVIL		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Pedro Castro Padron			
		2. FECHA DE NACIMIENTO 28 02 1948		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	
		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		5. CURP CAPP480228HSPSDD03	
		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicano <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → Especifique	
		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input checked="" type="radio"/> 072 Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Colonia Callejón S/N		10.1 Tipo de vivienda Estación	
		10.3 Núm. Exterior 79010		10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Ciudad Valles	
		10.7 Código Postal 28000		10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles	
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
		12. OCUPACIÓN HABITUAL Mayordomo		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" 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 4965481994541948PE	
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Zona #06	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914		15.1 Tipo de vivienda Méjico Laredo	
		15.3 Núm. Exterior 79000		15.4 Núm. Interior Fraccionamiento	
		15.7 Código Postal 28000		15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía Ciudad Valles	
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10 01 2021 04:00		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
DE LA DEFUNCIÓN		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)			
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Paro cardíaco Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo b) Neumonía, no especificada Debido a (o como consecuencia de) c) Sospecha de Coronavirus SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de) d) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Diabetes mellitus insulino dependiente Hipertensión arterial (primaria)			
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		21.2. Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
				21.3. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
DEL CERTIFICANTE		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio 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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
				22.3. Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		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	
				22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Nombre(s)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa <input type="radio"/> 1			
				25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Personas autorizadas por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
27. NOMBRE Nombre(s)		27. Firma			
				28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda Boulevard 19 de Enero		29.2 Nombre de la vivienda Méjico Laredo 914	
				29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	
		29.6 Nombre del asentamiento humano Ciudad Valles		29.7 Código Postal 28000	
		29.8 Localidad San Luis Potosí		29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa	
		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10 01 2021	
31. DEL REG. CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	
				32.2 Municipio o Alcaldía	
		31.1 Acta Núm. _____			

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