



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017 1

FOLIO

210835613

180835613 210835613 210835613 210835613 210835613 210835613 210835613 210835613 210835613 210835613

11-10-18 8:30 AM AL C. 200 HRS

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 PARTICULARS

210835613

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Ruben	Oitega	Martinez.			
			Primer Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO			10 7 0 6 1 9 5 1	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉			
			Día Mes Año	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			
5. CURP			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
			OEMRSI0607HSPPRB08	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉			
8. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD	Se ignora <input type="checkbox"/> Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ Otra <input type="checkbox"/> O ₂ → Especifique			
			8.1 Para menores de 28 días anote: Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):			
10. RESIDENCIA HABITUAL			10.1 Tipo de vivienda					
			Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Calle	Santa María del Río			
			10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano			
			162	Colonia	Zapotepec			
			10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía			
			79110	Ebano	San Luis Potosí			
11. ESCOLARIDAD			11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Se ignora <input type="checkbox"/>			
			Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> O ₂	Pensionado	Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			13.1 Número de seguridad social o afiliación:					
			Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> O ₃ O ₅ O ₇ O ₁₀ O ₉₉	4180520039-SM1951PE				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			14.1 Nombre de la unidad médica:	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉			
			Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> O ₈	Hospital general de zona #6	O ₁₀			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vivienda	15.2 Nombre de la vivienda	15.6 Nombre del asentamiento humano			
			914	Boulevard Fraccionamiento	19 de Enero.			
			15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano			
			79000	Ciudad Valles	Ciudad Valles			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			16.1 Número de la fecha	16.2 Hora	16.3 Minutos			
			14 01 2021	20 00	00			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
			PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
			Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de)	5 días			
			{ b) c) d)	Choque séptico Neumonía Viral COVID-19	5 días 5 días diar. anos años			
			PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la causa principal o estado morbo que la produjo	Debido a (o como consecuencia de)				
			Diabetes mellitus Enfermedad cardiaca hipertensiva					
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?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
			El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> O ₄	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> O ₂	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> O ₂			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> O ₂	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 el(la) fallecido(a)		
			Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉	Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>	Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (casil, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>	(taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉		
22.7 MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS			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				
DEL INF.			22.7 Núm. Exterior	22.7 Núm. Interior	22.7 Código Postal	22.7 Localidad	22.7 Municipio o Alcaldía	22.7 Entidad federativa
			22.7 7	22.7 4	22.7 7	22.7 8	22.7 9	22.7 10
DEL CERTIFICANTE			23. NOMBRE	Ruben	Ortega	Ruz	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	Hijo
			Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
			25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> O ₄	Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> O ₃ Otro <input type="checkbox"/> O ₈	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	9466826
			27. NOMBRE	Alejandro	Olvera	Tovar	Número de la cédula profesional	
			Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
DEL REG. CIVIL			29. DOMICILIO y TELÉFONO	Boulevard 19 de Enero	Mexico Laredo	914	28. FIRMA	
			29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	Fraccionamiento
			29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12	29.5 Tipo de asentamiento humano	
			31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	19 01 2021
			Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad			Dia	21
			31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía			Mes	
				32.3 Entidad federativa			Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DERECHO REMITIR