



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210835803

210835803 210835803 210835803 210835803 210835803 210835803

CONCEDEZ CONCEDEZ CONCEDEZ CONCEDEZ CONCEDEZ CONCEDEZ CONCEDEZ

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL REG. CIVIL		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Oscar Rafael Martínez Martell</u>	
		Primer Apellido	Segundo Apellido
		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>01</u> Mes <u>01</u> Año <u>1957</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>MXM0570101HSPRRS04</u>	
		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicano <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → 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 _____ Años cumplidos
		Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>916</u>	
		8.2 Semanas de gestación: <u>8.3 Peso (gramos):</u>	8.3 Peso (gramos): <u>3000</u>
		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) <u>Calle 18 de Marzo</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Paseo y avenida</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>18 de Marzo</u> 10.3 Núm. Exterior <u>916</u> 10.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>79020</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)	
		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 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
		11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ingeniero -</u> Se ignora <input type="radio"/> 99
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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 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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 Boulevard <u>Méjico-Laredo Norte</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Fraccionamiento</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>19 de enero</u> 15.3 Núm. Exterior <u>914</u> 15.4 Núm. Interior <u>Fraccionamiento</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Ciudad Valles</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>79000</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 26 01 2021 12 03 17 Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa básica de muerte mencionándose en último lugar la causa básica a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Covid - 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad de Parkinson</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión arterial sistémica</u>	
		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 mes</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
		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 estuve 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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 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 <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
		22.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:
		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad
		22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u>	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
DEL INF.		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Rossana Guadalupe Martínez Zapata</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Segundo Apellido <u>Hija</u>
		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico * <input 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 Número de la cédula profesional <u>1979285</u>
DEL CERTIFICANTE		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Julián Cesar Cortés Martínez</u>	28. FIRMA
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Boulevard Méjico Laredo Norte 914 19 de enero Ciudad Valles 29.6 Número del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26 01 2021 Dia Mes Año
DEL REG. CIVIL		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Número _____ 31.1 Acta Número _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o Alcaldía _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Dia Mes Año

ATENCIÓN