



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

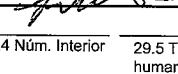
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210836999

210836999

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Loreto		Lara	Zambrano						
	Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO	02/10/1944	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	Potosí						
5. CURP	LAZL441002HSRMD01		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>						
7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		Especifique	O9						
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:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1	Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9					
10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle Reformadora		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad						
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	219 Fraccionamiento	Las Mercedes	10.4 Núm. Exterior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Número del asentamiento humano					
10.3 Núm. Exterior	78394 San Luis Potosí	San Luis Potosí	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía					
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosí									
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7	Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Profesional <input type="checkbox"/> 8	Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Obrero	1. Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PROSPERA <input type="checkbox"/> 02	ISSSTE <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05 SEDENA <input type="checkbox"/> 06	SEDENA <input type="checkbox"/> 05 SEMAR <input type="checkbox"/> 07 Otra unidad médica pública <input type="checkbox"/> 08	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 07 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PROSPERA <input type="checkbox"/> 02	IMSS <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05 SEDENA <input type="checkbox"/> 06	Hospital General Soledad	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	1112 Colonia	Protonucleo - Valentín Amador	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad						
15.3 Núm. Exterior	78435 Soledad de Graciano	Rivas Guillen	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano						
15.6 Nombre del asentamiento humano	Soledad	San Luis Potosí	15.7 Código Postal	15.8 Localidad						
15.10 Entidad federativa	San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
113011202110121981	Día Mes Año	15.9 Municipio o Alcaldía	Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbososo que la produjo			Uso exclusivo del personal codificado			
Causes antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Sindrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)	b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)	c) Pb Covid - 19 Debido a (o como consecuencia de)	d) Diabetes Mellitus Hipertension arterial	e) anemia	f) anoxia	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="checkbox"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	El parto <input type="checkbox"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 3	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u obra) Calle o carretera <input type="checkbox"/> 3 (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad								
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano							
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa							
23. NOMBRE	Mariel	Laura	Torre	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)						
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hija						
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5	Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> 3 Otro* <input type="checkbox"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
	*Especifique			Número de la cédula profesional						
27. NOMBRE	Lehaci	Tesis	Tesis	28. FIRMA						
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Protonucleo	Valentin Amador	1112	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano		
	29.6 Nombre del asentamiento humano	781435	29.7 Código Postal	29.8 Localidad						
	Soledad	San Luis Potosí	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN									
Núm. _____, Libro Núm. _____	13012021									
31.1 Acta Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									
	32.1 Localidad									
	32.2 Municipio o Alcaldía									
	32.3 Entidad federativa									
	32.4 Día	32.5 Mes	32.6 Año							

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