



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210837168

210837168 210837168 210837168 210837168 210837168  
210837168 210837168 210837168 210837168 210837168  
210837168 210837168 210837168 210837168 210837168  
210837168 210837168 210837168 210837168 210837168  
210837168 210837168 210837168 210837168 210837168

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juvenal Narváez Martínez	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		10 30 51 962	
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 NAMJ620503HSPPRRV04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique		Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		S 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 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) 179		10.1 Tipo de vialidad Barrio	
10.3 Núm. Exterior 78921		10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Sen Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía Sen Luis Potosí	
10.6 Nombre del asentamiento humano Sen Luis Potosí		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		11.1 La escolaridad seleccionada es: Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		13.1 Número de seguridad social o afiliación Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Solidad	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112		15.1 Tipo de vialidad Calle	
15.3 Núm. Exterior 78432		15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia Guadalupe	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía Colonia Guadalupe	
15.10 Entidad federativa San Luis Potosí		15.2 Nombre de la vialidad Riva 15.6 Nombre del asentamiento humano Colonia Guadalupe	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13 01 2021 0653		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"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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		19.1 a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.1 b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)	
19.1 c) Probable COVID 19 Debido a (o como consecuencia de)		19.1 d) Diabetes Mellitus tipo 2 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 morbosos que la produjo		19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 8 días	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Código exclusivo del personal codificador	
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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		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 María Ferreriz		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermana	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Alejandro Gómez Ruiz		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida 29.1 Tipo de vialidad R. Nrs Guillen 29.2 Nombre de la vialidad Colonia Guadalupe 29.3 Núm. Exterior 29.6 Nombre del asentamiento humano Colonia Guadalupe 29.4 Núm. Interior 29.9 Municipio o Alcaldía		29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 29.7 Código Postal 78432 29.8 Localidad Guadalupe 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono 4498260100 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15012021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____	
31.1 Acta Núm. _____		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

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

210837168