



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017-1

210837428

210837428

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		José Epifanio De La Rosa			Martinez				
		Nombre(s) Primer Apellido			Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO		1 1 1 1	1 9 3 6	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
Día Mes Año						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		R O M E 3 6 1 1 1 1 H S P S R P O 7			Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
7. NACIONALIDAD		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2			84		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	84	Se ignora <input type="radio"/> 9	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:						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		
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			10.1 Tipo de vialidad				
9		Calle Localidad			José Ma. Morelos				
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior			10.2 Nombre de la vialidad				
78990		Cerro Grande			Cerro Grande				
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			San Luis Potosí				
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:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Desempleado		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Hospital General Soledad	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad	Prolongación Valentina Amador	15.2 Nombre de la vialidad	Rivas Guillen	15.6 Nombre del asentamiento humano			
1112		Colonia	Soledad Graciano Sanchez San Luis Potosí	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.11 Entidad federativa	15.12 Entidad federativa	15.13 Entidad federativa	15.14 Entidad federativa		
15.15 Núm. Exterior		15.16 Núm. Interior	15.17 Entidad federativa	15.18 Entidad federativa	15.19 Entidad federativa	15.20 Entidad federativa	15.21 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	16.6 Entidad federativa		
16.7		1	7	0	1	2	0		
16.8		11	12	2021	18	00			
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			19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			Código CIE				
		a) Sindrome Insuficiencia Respiratoria Aguda 24 horas							
		Debido a (o como consecuencia de)							
		b) Probable Neumonía COVID-19							
		Debido a (o como consecuencia de)							
		c) Debido a (o como consecuencia de)							
		d) Debido a (o como consecuencia de)							
19.3 PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							
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?				
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2		
43 días a 11 meses		después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5						
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?	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			
					Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3		
						Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		
						Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5		
						22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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							
22.7.3 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		23.1 Nombre(s)			23.2 Primer Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Migoberto Estrada De la Rosa								Victor	
25. CERTIFICADA POR		25.1 Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4			25.2 Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
					25.3 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8			Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		27.1 Nombre(s)			27.2 Primer Apellido			28. FIRMA	
Mercedes Lucia Sandoval Gallegos								Manuel	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Prolongación Valentina Amador 1112			29.2 Rivas Guillen			29.3 Núm. Exterior	
		29.4 Número del asentamiento humano			29.5 Tipo de asentamiento humano				
		29.6 Número del asentamiento humano			29.7 Código Postal				
		29.8 Localidad			29.9 Municipio o Alcaldía				
		29.10 Entidad federativa			29.11 Teléfono				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			33.1 Acta Núm.			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Número _____, Libro Núm. _____		32.1 Localidad						Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.									
32.2 Municipio o Alcaldía									
32.3 Entidad federativa									
32.4 Día Mes Año									
33.2 Municipio o Alcaldía									
33.3 Entidad federativa									
33.4 Día Mes Año									
34. DEL REG. CIVIL									

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