



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO
210837576
210837576

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Carlos</u> <u>Gonzalez</u> <u>Gonzalez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04</u> <u>11</u> <u>1965</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
5. CURP <u>G06C6S1104HSPNMR07</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>55</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>Cutna del Labradora</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>303A</u> 10.4 Núm. Interior: <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Villa de Cactus</u> 10.7 Código Postal: <u>78438</u> 10.8 Localidad: <u>Salud de Graciano Sánchez</u> 10.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>						
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 11.2 Trabajaba: <u>Si</u> 12.1 Trabajaba: <u>Si</u> 12.2 Ocupación: <u> </u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación: <u> </u>				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXME <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXME <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u> </u> 14.3 Nombre de la vialidad: <u>Vialidad Amador</u> 14.4 Nombre de la vialidad: <u>Rivera Guillén</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Salud de Graciano Sánchez</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 14.7 Código Postal: <u>78436</u> 14.8 Localidad: <u> </u> 14.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 14.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u> </u> 15.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior: <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Salud de Graciano Sánchez</u> 15.7 Código Postal: <u>78436</u> 15.8 Localidad: <u> </u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>19</u> <u>01</u> <u>2021</u> <u>06</u> <u>24</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía por COVID 19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u> </u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>13 días</u> <u>17 días</u> <u>Año</u>		Código CIE <u> </u> <u> </u> <u> </u>		
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u> <u> </u> <u> </u>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) <u> </u> <u> </u> <u> </u>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u> </u> <u> </u> <u> </u>				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad: <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vialidad: <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior: <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 22.7.7 Código Postal: <u> </u> 22.7.8 Localidad: <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa: <u> </u>						
23. NOMBRE <u>Maria Guadalupe</u> <u>Tolmos</u> <u>Gonzalez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5972827</u> Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE <u>Alfonso</u> <u>Gómez</u> <u>Zavala</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u> </u>				
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad: <u>Vialidad Amador</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior: <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Salud de Graciano Sánchez</u> 29.7 Código Postal: <u>78436</u> 29.8 Localidad: <u> </u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>4498260100</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>19</u> <u>01</u> <u>2021</u> Día Mes Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u> </u> , Libro Núm. <u> </u> 31.1 Acta Núm. <u> </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u> </u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u> </u> 32.3 Entidad federativa: <u> </u> 32.4 Día: <u> </u> Mes: <u> </u> Año: <u> </u>				

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