



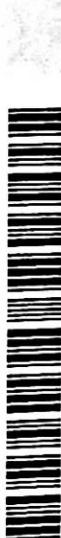
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
210837582  
Modelo 2011  
316077592 210837582 210837582 210837582 210837582

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		José Santos García		Carriño.	
Nombre(s) _____		Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
09041968 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/>	Jan Luis Petosi	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
GACS680409HSPPRM06 Se Ignora <input type="checkbox"/> Ogg		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se Ignora <input type="checkbox"/> Ogg	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/>	Se Ignora <input type="checkbox"/> Ogg	
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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	
73 Calle Colonia San Luis Petosi.		Colonia	Av. Longoria, Mur. Seg. Unidad Rionerde	10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	11. ESCOLARIDAD	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se Ignora <input type="checkbox"/> Ogg	11.4 La escolaridad seleccionada es:
11. ESCOLARIDAD		11.5 Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se Ignora <input type="checkbox"/> Ogg	
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se Ignora <input type="checkbox"/> Ogg		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	13.1 Número de seguridad social o afiliación	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 8	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se Ignora <input type="checkbox"/> Ogg
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Día 19012021 16.2 Mes 16.3 Año 16.4 Horas 16.5 Minutos	17.1 Si <input type="checkbox"/> 17.2 No <input type="checkbox"/> 17.3 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9	Si <input type="checkbox"/> 18.1 No <input type="checkbox"/> 2 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9	Si <input type="checkbox"/> 18.2 No <input type="checkbox"/> 2
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		a) ENOQUE SEPTICO	19.2 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		b) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda 14 días	19.3 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		c) Neumonía SARS-COV-2 38 días	19.4 Diab. Mellitus 100 años		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		d) Hipertensión Arterial Sistólica 3 años	19.5		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Área deportiva (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 3 Granja (otro) <input type="checkbox"/> 7 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		23. NOMBRE	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Nombre(s) Ernesto García	Primer Apellido Carriño	Segundo Apellido	Hermano
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8	Especifique	Número de la cédula profesional 386229	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		27. NOMBRE	28. FIRMA		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Nombre(s) Esteban Lopez Espinosa	Primer Apellido	Segundo Apellido	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Rincón Chileno	Colonia	Colonia	29.5 Tipo de asentamiento humano
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Solado de Graciano Sanchez San Luis Petosi	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	19012021
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		29.9 Municipio o Alcaldía			Día Mes Año
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		31.1 Acta Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32.4 Día Mes Año	32.4 Día Mes Año	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Núm. _____, Libro Núm. _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		31.1 Acta Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		31.1 Acta Núm.	32.4 Día Mes Año	32.4 Día Mes 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



210837582

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL