



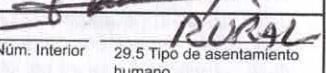
**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

FOLIO

210841022

**210841022**

INSTRUCCIONES EN EL REVERSO												
DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	GIANCARLO.			ANTONIO			BAUTISTA				
	Nombre(s)				Primer Apellido				Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO	20092009			3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	O <sub>2</sub>	O <sub>9</sub>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI			
5. CURP	A036090920HSPNTNA4			6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	O <sub>99</sub>	O <sub>9</sub>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Otra <input type="checkbox"/> 2 →			
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Días	Para menores de un día	Horas	Para menores de un mes	Días	Para menores de un año	Días	Para personas de un año o más	Meses	Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:				8.3 Peso (gramos):				
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="checkbox"/> 6	Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2	Casado(a) <input type="checkbox"/> 5					
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)											
10.1 Número Exterior	10.2 Número Interior	10.3 Número Interior	10.4 Número Exterior	10.5 Tipo de vialidad	CALLE RURAL			10.6 Nombre del asentamiento humano	GALEANA EL JARO			
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	XILITLA	SAN LUIS POTOSI							
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="checkbox"/>	Preescolar <input type="checkbox"/> 12	Primaria <input type="checkbox"/> 3	Secundaria <input type="checkbox"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2			12. OCUPACIÓN HABITUAL	NINCONA.		
Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7	Profesional <input type="checkbox"/> 8	Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	12.2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Via pública <input type="checkbox"/> 10	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="checkbox"/> 1	ISSSTE <input type="checkbox"/> 3	SEDENA <input type="checkbox"/> 5	Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8	Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11	Se ignora <input type="checkbox"/> 99					
IMSS <input type="checkbox"/> 2	PROSPERA <input type="checkbox"/> 2	ISSSTE <input type="checkbox"/> 4	SEDENA <input type="checkbox"/> 6	SEMAR <input type="checkbox"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Via pública <input type="checkbox"/> 10	Otro lugar <input type="checkbox"/> 12		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	56	15.1 Tipo de vialidad	CALLE RURAL	15.2 Nombre de la vialidad	GALEANA EL JARO							
15.3 Número Exterior	15.4 Número Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano									
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa									
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	31012021	10:08:25	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
a)	FALLA ORGÁNICA MULTIPLE											
b)	PARALISIS CEREBRAL.											
c)	MENINGOENCEFALITIS											
d)	Debido a (o como consecuencia de)											
Causas antecedentes	Debido a (o como consecuencia de)											
Estatos morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	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 morbo que la produjo											
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	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador					
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	21.4 Código CIE										
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1											
Accidente <input type="checkbox"/> 1	Homicidio <input type="checkbox"/> 2	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Área industrial <input type="checkbox"/> 6	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
Suicidio <input type="checkbox"/> 3	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1	Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4	Granja <input type="checkbox"/> 7							
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 Número Exterior	22.7.4 Número 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	ROBERTO	ANTONIO	MARTINEZ	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	PADERE							
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido									
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1	Médico legista <input type="checkbox"/> 2	Otro médico* <input type="checkbox"/> 3	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	2296737							
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4	Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5	Otro* <input type="checkbox"/> 8	*Especifique	Número de la cédula profesional								
27. NOMBRE	GERARDO	VENEGAS	REYES	28. FIRMA								
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido									
29. DOMICILIO y TELÉFONO	CALLE	PRINCIPAL	S/N	29.3 Número Exterior	29.4 Número Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano						
29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Número Exterior	29.4 Número Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano								
EL JARO	799010	EL JARO	EL JARO	RURAL								
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN								
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día <input type="checkbox"/> 1 Mes <input type="checkbox"/> 5 Año <input type="checkbox"/> 2021									
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO											
Número <input type="checkbox"/> 1 Libro Número <input type="checkbox"/> 5	32.1 Localidad <input type="checkbox"/> XILITLA											
31.1 Acta Número <input type="checkbox"/> 31	32.2 Municipio o Alcaldía <input type="checkbox"/> SAN LUIS POTOSI	32.3 Entidad federativa <input type="checkbox"/> SAN LUIS POTOSI	32.4 Día <input type="checkbox"/> 1 Mes <input type="checkbox"/> 5 Año <input type="checkbox"/> 2021									
DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	DEL FALLECIDO									

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