



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210841022

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **GIANCARLO ANTONIO BAUTISTA**
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO **20 09 20 09**
Día Mes Año
3. SEXO **Hombre** ☒ **Mujer** ☐ **Se ignora** ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO **SAN LUIS POTOSI**
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP **A066090920HSPNTNAY** **Se ignora** ☐ **99**
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? **SI** ☒ **NO** ☐ **Se ignora** ☐
7. NACIONALIDAD **Mexicana** ☒ **Otra** ☐ **Se ignora** ☐
8. EDAD CUMPLIDA **0 1 1** **Años cumplidos**
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
9. ESTADO CONYUGAL **Separado(a)** ☐ **Viudo(a)** ☐ **Casado(a)** ☐ **Soltero(a)** ☒ **Se ignora** ☐
10. RESIDENCIA HABITUAL **CALLE GALEANA EL JABO**
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad **RURAL**
10.2 Nombre de la vialidad **EL JABO**
10.3 Núm. Exterior **79900**
10.4 Núm. Interior **EL JABO**
10.5 Tipo de asentamiento humano **XILITLA**
10.6 Nombre del asentamiento humano **SAN LUIS POTOSI**
10.7 Código Postal **EL JABO**
10.8 Localidad **XILITLA**
10.9 Municipio o Alcaldía **SAN LUIS POTOSI**
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD **Ninguna** ☒ **Preescolar** ☐ **Primaria** ☐ **Secundaria** ☐ **Secundaria** ☐ **Posgrado** ☐ **Se ignora** ☐
11.1 La escolaridad seleccionada es: **Completa** ☐ **Incompleta** ☐
12. OCUPACIÓN HABITUAL **NINGUNA** **Se ignora** ☐
12.1 Trabajaba **SI** ☐ **NO** ☒ **Se ignora** ☐
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD **Ninguna** ☐ **ISSSTE** ☐ **SEDENA** ☐ **Seguro Popular** ☐ **Otra** ☐ **Se ignora** ☒
13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **CALLE GALEANA EL JABO**
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **CALLE GALEANA EL JABO**
15.1 Tipo de vialidad **RURAL**
15.2 Nombre de la vialidad **EL JABO**
15.3 Núm. Exterior **79900**
15.4 Núm. Interior **EL JABO**
15.5 Tipo de asentamiento humano **XILITLA**
15.6 Nombre del asentamiento humano **SAN LUIS POTOSI**
15.7 Código Postal **EL JABO**
15.8 Localidad **XILITLA**
15.9 Municipio o Alcaldía **SAN LUIS POTOSI**
15.10 Entidad federativa

DE LA DEFUNCIÓN

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN **31 01 2021 08 25**
Día Mes Año Horas Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? **SI** ☒ **NO** ☐ **Se ignora** ☐
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? **SI** ☐ **NO** ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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
FALLA ORGANICA MULTIPLE
PARAUSIS CEREBRAL
MENINGOENCEFALITIS
Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
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
12 Hrs
8 AÑOS
9 AÑOS
Uso exclusivo del personal codificador
Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐
43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? **SI** ☐ **NO** ☐
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? **SI** ☐ **NO** ☐
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto **Accidente** ☐ **Homicidio** ☐ **Suicidio** ☐ **Se ignora** ☐
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? **SI** ☐ **NO** ☐ **Se ignora** ☐
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐
Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ **Se ignora** ☐
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Añote 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 Núm. Exterior
22.7.4 Núm. 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

DEL INF.

23. NOMBRE **ROBERTO ANTONIO MARTINEZ**
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) **PADRE**

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR **Médico tratante** ☒ **Médico legista** ☐ **Otro médico** ☐
Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ *Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO **2296737**
Número de la cédula profesional
27. NOMBRE **GERARDO VENEGAS REYES**
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
28. FIRMA
29. DOMICILIO y TELÉFONO **CALLE PRINCIPAL EL JABO**
29.1 Tipo de vialidad **RURAL**
29.2 Nombre de la vialidad **EL JABO**
29.3 Núm. Exterior **79900**
29.4 Núm. Interior **EL JABO**
29.5 Tipo de asentamiento humano
29.6 Nombre del asentamiento humano
29.7 Código Postal
29.8 Localidad
29.9 Municipio o Alcaldía
29.10 Entidad federativa
29.11 Teléfono
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN **02 02 2021**
Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO
Núm. **1**, Libro Núm. **3**
31.1 Acta Núm. **31**
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad **Xilitla**
32.2 Municipio o Alcaldía **San Luis Potosi**
32.3 Entidad federativa
32.4 Día **05** Mes **03** Año **2021**

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

210841022