



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

FOLIO
210841031
Modelo 2017.1

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

210841031

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Abraham Fortino Hernandez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
	2. FECHA DE NACIMIENTO 11/02/2020 Día Mes Año		3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
	5. CURP F0HA200211HS PRRBAH Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		
	8. EDAD CUMPLIDA 1 años 1 meses 1 día 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 <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Loc. Ayo to xco Viejo 15 Localidad Ayo to xco 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 79930 10.4 Núm. Interior 79930 10.5 Tipo de asentamiento humano Axtla de Terrazas 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Lactante 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13.1 Número de seguridad social o afiliación		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>			14.3 Tipo de vialidad 14.4 Nombre de la vialidad 14.5 Tipo de asentamiento humano 14.6 Nombre del asentamiento humano		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15 Localidad Ayo to xco 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 79930 15.3 Núm. Exterior 79930 15.4 Núm. Interior 79930 15.5 Tipo de asentamiento humano Axtla de Terrazas 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02/03/2021 13:50 Día Mes Año Horas Minutos		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) Deshidratación Severa Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad Diarréica Aguda b) Cardiopatía Congénita Debido a (o como consecuencia de) Desnutrición leve c) Desnutrición leve Debido a (o como consecuencia de) Desnutrición leve d) Desnutrición leve 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 horas 12 horas 1 año 4 meses		
	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 <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"/>		
	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? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote 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 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 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 CERTIFICANTE	23. NOMBRE Alicia Hernandez Felix Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre		
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input 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 3569370 Número de la cédula profesional		
	27. NOMBRE Maria de la Luz Rivera Quirzada Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA [Firma]		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO Loma Bonita 29.1 Tipo de vialidad Jesus Tajo 29.2 Nombre de la vialidad 79930 29.3 Núm. Exterior Axtla 29.4 Núm. Interior Axtla 29.5 Tipo de asentamiento humano de Terrazas 29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal San Luis Potosí 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03/03/2021 Día Mes Año		
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 5 Libro Núm. 80 31.1 Acta Núm.			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Axtla 32.2 Municipio o Alcaldía Axtla 32.3 Entidad federativa San Luis Potosí 32.4 Día Mes Año 12/03/2021		

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