



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

210841031

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Abraham		Fortino	Hernandez	
	Nombre(s)			Primer Apellido	Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO	11 02 2020	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosi
	Dia	Mes	Año		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP	FOTHA200211HSPRRBAY		Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD
				99	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
	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 personas de un año o más Años cumplidos
	Para menores de 28 días anote:					
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Loc. Loralidad Axtla de Terrazas		Ayo toxco		Viejo
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
15	Localidad	Ayo toxco	Ax tla de Terrazas	San Luis Potosi		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
79930						
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL			
	Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	Lactante	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Loc. Loralidad Axtla de Terrazas	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.10 Entidad federativa	
15	Localidad	Ayo toxco	Ayo toxco	San Luis Potosi		
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa	
79930						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	02 03 2021	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.11 Horas	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Dia Mes Año			1350	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2	
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			19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
	a) Deshidratación severa	Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Enfermedad Diarríca Aguda	Debido a (o como consecuencia de)	12 horas			
	c) Cardiopatía Congénita	Debido a (o como consecuencia de)	12 horas			
	d) Desnutrición leve	Debido a (o como consecuencia de)	1 año			
			Y 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:			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6			
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	Se ignora <input type="radio"/> 9	
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			22.7.10 Entidad federativa
			22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad					
23. NOMBRE	Alicia Hernandez		Felix	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Madre			
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	3569370			Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	28. FIRMA					
Maria de la Luz Rivera Quirzada	Primer Apellido	Segundo Apellido				
Nombre(s)						
29. DOMICILIO y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Loma Bonita de Terrazas	Libramiento	Jesus Torro				03 03 2021
29.6 Nombre del asentamiento humano	79930	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono		Dia Mes Año
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. 1 Libro Núm. 5	32.1 Localidad	Hidalgo + 3 Mayo Altos	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	
31.1 Acta Núm. 80		Axtla			Mes	
31.2 Fecha de inscripción	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año			
DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	DEL FALLECIDO	DEL Domicilio	DEL Domicilio	DEL Domicilio