



197

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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
210841100  
210841100

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) <u>Faustino Martinez Villa</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>14 02 1954</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Hidalgo</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>MAUF540214HH6RL605</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>67</u> 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: <u>067</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>14 Calle Colonia Los narayños</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>79960</u> 10.4 Núm. Interior <u>Tamazunchale</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Supervisor</u> Se ignora <input type="radio"/>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>MAVI540214-10</u>		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>Clinica Hospital ISSSTE</u> Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>8/m Calle Parretera</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <u>79960</u> <u>Tamazunchale</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>13 03 2021 0540</u> Día Mes Año Horas Minutos		
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <u>Neumonia Viral</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>SARS COV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 <u>10 días</u> <u>14 días</u> 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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? Sí <input 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"/> 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		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 <u>Arcelia Martinez Cortez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		
DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 <u>2969866</u> Número de la cédula profesional		
	27. NOMBRE <u>Marco Antonio Ble Marin</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Carretera Tamazunchale San Martín</u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad <u>79960</u> <u>Tamazunchale</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior <u>Tamazunchale</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13 03 2021</u> Día Mes Año		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>197</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> <u>S.L.P.</u> 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa <u>18 03 2021</u> 32.4 Día Mes Año		

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