



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modela 2D17.1

210841248

210841248

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ma. Nicolasa		Hernández		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
31	03	1948	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se Ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí
Día	Mes	Año				Entidad federal o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD	
HEXW480331M5PRXCO8		Se Ignora <input type="radio"/>	Si <input checked="" type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Se Ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				Separado(a) <input type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input type="radio"/>
				En unión libre <input type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>	Soltero(a) <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)					Conocido	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano
179900		La Herradura		Xilitla		San Luis Potosí
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federal o país (si residía en el extranjero)
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/>	Prescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	Secundaria <input checked="" type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/>	Ama de casa <input type="radio"/>
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se Ignora <input type="radio"/>	Se Ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>
		IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Se Ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>			
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	Vía pública <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad	
27					Tamarindo	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		
179930	Santa Fe Taxco	Axtla de Tomazos		San Luis Potosí		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federal		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
23	03	2021	17	28	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Se Ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Causa de la defunción			19.2 Causa de la defunción	
PARTE I		a) Chocó hipoglucemico			19.3 Causa de la defunción	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Debido a (o como consecuencia de)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes		b) Enfermedad renal aguda			1 dia	
Estadío o período en el que existió el problema que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)			4 dias	
c) Caso probable sangre grava		Debido a (o como consecuencia de)			15 dias	
d)						
PARTE II						
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no mencionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones ginecológicas del embarazo, parto o puerperio?			21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
43 días a 11 meses		43 días a 11 meses	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte	43 días a 11 meses	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
después del parto o aborto		después del parto o aborto	después del parto o aborto	después del parto o aborto	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			22.4 Causa básica de defunción	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/>			Código CIE	
Accidente <input type="radio"/>		Vivienda colectiva <input type="radio"/>			22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
Homicidio <input type="radio"/>		Calle o carretera <input type="radio"/>			22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
Suicidio <input type="radio"/>		Escuela u oficina <input type="radio"/>				
Se Ignora <input type="radio"/>		Área comercial o de servicio <input type="radio"/>				
22.7 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior			22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o Alcaldía	
22.7.10 Entidad federal						
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
Pascual Agustín Hernández		Primer Apellido			Segundo Apellido	
Nombre(s)						
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico Iralta <input type="radio"/>		Médico legislia <input type="radio"/>			8514590	
Otro médico <input type="radio"/>		Otro médico <input type="radio"/>			Número de la cédula profesional	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Autoridad civil <input type="radio"/>				
Otro <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/>				
27. NOMBRE		28. FIRMA				
Berenice Ramírez Alíto						
Nombre(s)		Primer Apellido			Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN				
29.1 Número de la vialidad		29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Número de exterior	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad			29.4 Número de interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.11 Teléfono			29.5 Tipo de asentamiento humano	
Axtla de Tomazos		29.10 Entidad federal			29.12 Día	
29.9 Municipio o Alcaldía					29.13 Mes	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			29.14 Año	
Nombre		Libro Num.				
32.1 Localidad						

ENTRECIE EL ORIGINAL Y LA 2^{DA} COPIA (ROSA) Y A 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 A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

A standard linear barcode is positioned vertically on the left side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.