



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210841280



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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Aureliano Obispo Martínez</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>02/21/95</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <b>01MA561202HSPBRRO6</b> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
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: <b>064</b> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 2 Se ignora		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Calle Venustiano Carranza</b> 10.1 Tipo de vialidad <b>Barrio</b> 10.2 Nombre de la vialidad <b>San Juan Bosco</b> 10.3 Núm. Exterior <b>79930</b> 10.4 Núm. Interior <b>Axtla de Terrazas</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Axtla de Terrazas</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 10.7 Código Postal <b>79930</b> 10.8 Localidad <b>Axtla de Terrazas</b> 10.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" 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: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Ministro</b> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input checked="" 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 IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <b>Hospital Rural 16</b> 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Libramiento al Cobach</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 14.3 Tipo de vialidad <b>Calle</b> 14.4 Nombre de la vialidad <b>Santa María II</b> 14.5 Núm. Exterior <b>136</b> 14.6 Núm. Interior <b>Axtla de Terrazas</b> 14.7 Tipo de asentamiento humano <b>Axtla de Terrazas</b> 14.8 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 14.9 Código Postal <b>79930</b> 14.10 Localidad <b>Axtla de Terrazas</b> 14.11 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 14.12 Entidad federativa		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <b>Calle</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>Santa María II</b> 15.3 Núm. Exterior <b>136</b> 15.4 Núm. Interior <b>Axtla de Terrazas</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Axtla de Terrazas</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal <b>79930</b> 15.8 Localidad <b>Axtla de Terrazas</b> 15.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>17/03/2021</b> Día Mes Año <b>0630</b> Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2

DE LA DEFUNCIÓN

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) <b>Neumonía por COVID-19</b> Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 <b>21 días</b> Uso exclusivo personal código
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		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"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 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 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
---	--

DEL INF.

23. NOMBRE <b>María Concepción Flores</b> Nombre(s) Primer Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Esposa</b>
---	---

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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 *Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>9100228</b> Número de la cédula profesional
--	---

DEL CERTIFICANTE

27. NOMBRE <b>Natalia Noemi Esparza</b> Nombre(s) Primer Apellido	28. FIRMA <b>Natalia E.</b>
---	--------------------------------

DEL CERTIFICANTE

29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <b>Calle</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>Libramiento al Cobach</b> 29.3 Núm. Exterior <b>136</b> 29.4 Núm. Interior <b>Colonias</b> 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Axtla de Terrazas</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano <b>Axtla de Terrazas</b> 29.7 Código Postal <b>79930</b> 29.8 Localidad <b>Axtla de Terrazas</b> 29.9 Municipio o Alcaldía <b>San Luis Potosí</b> 29.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b> 29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>17/03/2021</b> Día Mes Año
---	--

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año
--	--

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