



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

210844009

210844009 210844009 210844009 210844009

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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



210844009

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Guadalupe Rivera		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Veracruz		
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
1211X6300315HV2VX1005		Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/>	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
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	
05				Separado(a) <input type="checkbox"/> 6	Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		En unión libre <input type="checkbox"/> 4	Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		calle Felipe Ángeles		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
19960		Los Naranjos		Tancachanale	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		10.6 Nombre del asentamiento humano		San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1	Preescolar <input type="checkbox"/> 12	Primaria <input type="checkbox"/> 3	Secundaria <input type="checkbox"/> 5	de dependiente <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/> 99
Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7	Profesional <input type="checkbox"/> 8	Posgrado <input type="checkbox"/> 10	Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10		Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
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="checkbox"/> 1	IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7	Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9		Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12	Se ignora <input type="checkbox"/> 99
IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8				Hogar <input type="checkbox"/> 11	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda	
3	colonia	calle		San Martín El Torito	
19960	zacatpan	zacatpan		zacatpan	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
		Tancachanale		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		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Dia	Mes	Año	Horas	Minutos	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
22.1 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	30 m. n. h.				300
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	1 dia				169.0
a) Sinfonía de distres respiratorio agudo Debido a (o como consecuencia de)	10 años				
b) Neumonía por aspiración de alimento Debido a (o como consecuencia de)	1 dia				
c) Fractura mandibular Debido a (o como consecuencia de)	10 años				
d)					
PARTE II Otros estados patológicos, procesos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	1 d. 2				
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="checkbox"/> 1	El parto <input type="checkbox"/> 2	El puerperio <input type="checkbox"/> 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
43 días a 11 meses	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5				
43 días a 11 meses					
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(la) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0	Área deportiva <input type="checkbox"/> 3	Área industrial <input type="checkbox"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	
		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1	Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 4	Granja <input type="checkbox"/> 7	
		Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5	Otro <input type="checkbox"/> 8	
				Se ignora <input type="checkbox"/> 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 vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda		
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
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE	Emma Idarina Rivera Soto		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nieta		
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico * <input checked="" type="checkbox"/> 3		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil * <input type="checkbox"/> 5	Otro * <input type="checkbox"/> 8		6515964		
	*Especifique		Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	María Virginia Nava		28. FIRMA		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	INTEGRAL H.P. NO. 4 ZACATPAN \$		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Calle San Martín Em 3		29.1 Tipo de vivienda		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Zacatpan	19960	zacatpan	29.2 Nombre de la vivienda	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior	22.10.412021
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Teléfono	29.5 Tipo de asentamiento humano	
Tancachanale	19960	San Luis Potosí	01743362347		
29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono			
29.1 Acta Núm.	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia Mes Año
	32.1 Localidad				
	32.2 Municipio o Alcaldía				
	32.3 Entidad federativa				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Dia Mes Año
Núm. _____, Libro Núm. _____					
31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o Alcaldía		32.3 Entidad federativa		32.4 Dia Mes Año

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