



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

Modelo 2017.1
FOLIO
210844088

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Juan</u> <u>García</u> <u>Nicolasa</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>18</u> <u>09</u> <u>19</u> <u>30</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ 01 Mujer ☐ 02 Se ignora ☐ 09
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>6ANI300918HSPACNO4</u> Se ignora ☐ 09	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 → 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: Años cumplidos <u>90</u> Se ignora ☐ 09	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 06 Viudo(a) ☒ 02 Casado(a) ☐ 05 En unión libre ☐ 04 Divorciado(a) ☐ 03 Soltero(a) ☐ 01 Se ignora ☐ 09	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Emiliano Zapata</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>48</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>Loc Aguacatitla</u> 10.3 Num. Exterior <u>799430</u> 10.4 Num. Interior <u>Axtla de Terrazas</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>799430</u> 10.8 Localidad <u>Axtla de Terrazas</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 03 Secundaria ☐ 05 Bachillerato o preparatoria ☐ 07 Profesional ☐ 08 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 09 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ 01 Incompleta ☒ 02	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Agricultor</u> Se ignora ☐ 09 12.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 09 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 IMSS PROSPERA ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 Unidad médica privada ☐ 09 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 09	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Emiliano Zapata</u> 15.1 Tipo de vivienda <u>48</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Loc Aguacatitla</u> 15.3 Num. Exterior <u>799430</u> 15.4 Num. Interior <u>Axtla de Terrazas</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>799430</u> 15.8 Localidad <u>Axtla de Terrazas</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12</u> <u>10</u> <u>20</u> <u>21</u> <u>17</u> <u>15</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
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>Insuficiencia Respiratoria</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Pos Neumonía por Covid (14/07/21)</u> Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consecutiva 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 morboso que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>3 dias</u> <u>10 años</u> <u>11 dias</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 02 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 05 Área comercial o de servicio ☐ 06 Se ignora ☐ 09 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) 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 Num. Exterior 22.7.4 Num. 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	
23. NOMBRE <u>Juventina</u> <u>Aguirre</u> <u>Estrada</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nuera</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3569370</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Maria de la Luz</u> <u>Rivera</u> <u>Quezada</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Num. Exterior 29.4 Num. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>B. San Juan</u> <u>799430</u> <u>Axtla</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>de Terrazas</u> <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10</u> <u>09</u> <u>20</u> <u>21</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>116</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Axtla de Terrazas</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>S. L. P.</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día Mes Año <u>14</u> <u>10</u> <u>2021</u>	

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