



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

**210846782**

210846782 210846782 210846782 210846782 210846782 210846782 210846782 210846782 210846782 210846782 210846782 210846782

<b>DEL FALLECIDO</b>  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		<b>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</b> Simon Hernandez Cruz																			
		2. FECHA DE NACIMIENTO	15 01 1934	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí	5. CURP													
		Dia	Mes	Año		San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)														
		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?					Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD													
							Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	8. EDAD CUMPLIDA												
								Otra <input type="checkbox"/>	8.1 Para menores de una hora	8.2 Para menores de un día	8.3 Para menores de un mes	8.4 Para menores de un año	8.5 Para personas de un año o más	8.6 Se ignora <input type="checkbox"/>							
								Minutos	Horas	Días	Meses	Años	Cumplidos								
									8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):											
		10. RESIDENCIA HABITUAL					Calle	10.1 Tipo de vialidad					5 de mayo								
		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)											10.2 Nombre de la vialidad								
													Huexco								
													10.6 Nombre del asentamiento humano								
													San Luis Potosí								
													10.7 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)								
		11. ESCOLARIDAD					10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía					12. Ocupación Habitual								
		Ninguna <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/>					Preescolar <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	Campo	12.1 Trabajaba <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	12.2 Ocupación Habitual							
													12.3 Se ignora <input type="checkbox"/>	12.4 Se ignora <input type="checkbox"/>							
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD					10.4 Núm. Exterior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Número del asentamiento humano	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	13.1 Número de seguridad social o afiliación	13.2 Se ignora <input type="checkbox"/>	13.3 Se ignora <input type="checkbox"/>						
		Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>					IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	14.3 Número de la unidad médica	14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>								
		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
		Calle						5 de mayo	79940	79940	Huexco	San Luis Potosí									
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN					15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa					
		Calle						5 de mayo	79940	79940	Huexco	San Luis Potosí									
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN					16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?								
		19052021					07	01	2021	07	10	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>								
		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS									
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				
		a) Sospechoso COVID-19					22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?					22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
		Debido a (o como consecuencia de)					22.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?					22.5 Sitio donde ocurrió la lesión					22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
		b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					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				
		c) Debido a (o como consecuencia de)					22.7.2 Nombre de la vialidad					22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior					22.7.6 Nombre del asentamiento humano				
		d) Debido a (o como consecuencia de)					22.7.7 Código Postal					22.7.8 Localidad					22.7.9 Municipio o Alcaldía				
		22.7.10 Entidad federativa					22.7.11					22.7.12					22.7.13				
		23. NOMBRE					24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					25. CERTIFICADA POR					26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
		Quintina Cruz Martinez					24.1 Número de la cédula profesional					25.1 Médico tratante <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud					26.1 9113766				
		Nombre(s)					24.2 Segundo Apellido					25.2 Médico legista <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/>					26.2 Número de la cédula profesional				
		25.2 Primer Apellido					25.3 *Especifique					25.3 Otro médico* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>					26.2 Número de la cédula profesional				
		27. NOMBRE					28. FIRMA					27.1 Localidad					28.1				
		Eutiquio Flores					27.2 Entidad federativa					27.3 Municipio o Alcaldía					28.2				
		Nombre(s)					27.3 Núm. Exterior 27.4 Núm. Interior					27.4 Núm. Exterior 27.5 Núm. Interior					27.5 Núm. Exterior 27.6 Núm. Interior				
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO					27.6 Código Postal					27.7 Núm. Exterior 27.8 Núm. Interior					27.7 Código Postal				
		Calle Centro					29.1 Tipo de vialidad					29.2 Nombre de la vialidad					29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior				
		29.6 Nombre del asentamiento humano					29.7 Código Postal					29.8 Localidad					29.9 Núm. Exterior 29.10 Núm. Interior				
		Tanlaja, Centro					29.9 Municipio o Alcaldía					29.11 Teléfono					29.11 Teléfono				
		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN					29.10 Entidad federativa					29.11 Entidad federativa					29.12 Entidad federativa				
		31.1 Acta Núm. 000599					32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					32.1 Localidad					32.2 Municipio o Alcaldía				
		31.1 Acta Núm. 000599					32.2 Entidad federativa					32.3 Entidad federativa					32.4 Día Mes Año				

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

210846782

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

