



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210846891

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Juan Santiago Terrazas Hernandez			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 1 1 0 8 1 9 5 3 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP T E H J 5 3 0 8 1 1 H S P R R N 0 3 Se ignora 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9 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 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 27		10.1 Tipo de vialidad 10.4 Núm. Exterior 7 9 9 3 0 Chimalaco		10.2 Nombre de la vialidad Axtla de Terrazas	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input 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"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero 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 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		411086103084M1953SS 13.1 Número de seguridad social o afiliación 15.1 Número de la entidad federativa Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 27		15.2 Nombre de la vialidad 15.4 Núm. Exterior 7 9 9 3 0 Chimalaco	
15.3 Núm. Exterior 7 9 9 3 0 Chimalaco		15.5 Tipo de asentamiento humano 15.8 Localidad		15.6 Nombre del asentamiento humano Axtla de Terrazas San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2 2 0 3 2 0 2 1 0 2 4 0 Día Mes Año 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"/> 99		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Insuficiencia Respiratoria aguda caso confirmado SARS-COV2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 hrs 15 días.	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de)		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		d) Debido a (o como consecuencia de) Enfisema pulmonar.		6 años.	
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 estuve 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	
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 <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 pública	
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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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 7 9 9 3 0 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					
23. NOMBRE Eliseo errazas Hernandez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 partero		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8514590		Número de la cédula profesional	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique					
27. NOMBRE Berenice Ramirez Nieto		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO al lado casa ejidal. sin numero		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
29.6 Nombre del asentamiento humano Axtla de Terrazas		29.7 Código Postal 7 9 9 3 0		29.8 Localidad Santa Fe	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
31.1 Acta Núm. 01 Libro Núm. 237		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Axtla de Terrazas		32.2 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.		32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año		32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.		32.2 Municipio o Alcaldía Axtla de Terrazas		32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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 POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL REG. CIVIL

210846891