



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

Modelo 2017.

FOLIO

210849504

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) Agustin Martinez Rios		
2. FECHA DE NACIMIENTO 07/05/1950	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP MARA500507HSPRS609		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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: 71		
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Natividad Bendon Medina 26		
10.1 Tipo de vialidad: 179900		
10.2 Nombre de la vialidad: El Canon		
10.3 Núm. Exterior: 79900		
10.4 Núm. Interior: El Canon		
10.5 Tipo de asentamiento humano: Xilitla		
10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí		
10.7 Código Postal: 79900		
10.8 Localidad: El Canon		
10.9 Municipio o Alcaldía: Xilitla		
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13.1 Número de seguridad social o afiliación: SPSSA0171144		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Básico Comunitario Xilitla		
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA0171144		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: Carretera		
15.2 Nombre de la vialidad: Federal 120 San Juan del Río - Xilitla		
15.3 Núm. Exterior: 79900		
15.4 Núm. Interior: San Antonio Xilitla		
15.5 Tipo de asentamiento humano: Xilitla		
15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí		
15.7 Código Postal: 79900		
15.8 Localidad: San Antonio Xilitla		
15.9 Municipio o Alcaldía: Xilitla		
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 11 Mes: 08 Año: 2021 Horas: 10 Minutos: 00		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Síndrome distres respiratorio grave 8 días Debido a (o como consecuencia de): b) Neumonía atípica secundaria a Covid 19 8 días Debido a (o como consecuencia de): c) Hipertensión arterial sistémica 15 años Debido a (o como consecuencia de): d) Hipertensión arterial sistémica 15 años PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: J969 U071		
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 Añote 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: 79900 22.7.4 Núm. Interior: San Antonio Xilitla 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: 22.7.7 Código Postal: 79900 22.7.8 Localidad: San Antonio Xilitla 22.7.9 Municipio o Alcaldía: Xilitla 22.7.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		
23. NOMBRE Juan Bernardo Martinez Garcia		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 09853082		
27. NOMBRE Jose Rocio Martinez Ramirez		
28. FIRMA 		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: Carretera		
29.2 Nombre de la vialidad: Federal 120 San Juan del Río - Xilitla		
29.3 Núm. Exterior: 79900		
29.4 Núm. Interior: San Antonio Xilitla		
29.5 Tipo de asentamiento humano: Xilitla		
29.6 Nombre del asentamiento humano: San Antonio Xilitla		
29.7 Código Postal: 79900		
29.8 Localidad: San Antonio Xilitla		
29.9 Municipio o Alcaldía: Xilitla		
29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí		
29.11 Teléfono: 4891112795		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 11 Mes: 08 Año: 2021		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 02 Libro Núm. 05		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: San Pedro Huitzacuilco		
32.2 Municipio o Alcaldía: Xilitla		
32.3 Entidad federativa: S.L.P.		
32.4 Día: 24 Mes: 16 Año: 082021		

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