



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

Modelo 2017 I

FOLIO

210849604

210849604 210849604 210849604 210849604 210849604 210849604

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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210849604

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Leticia Martínez		Rubio	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
24/10/1997		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí	
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
HARL970824MSPRBT01		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	
Día Mes Año		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas	
				Para menores de un año	
				Días	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					
10. RESIDENCIA HABITUAL		9. ESTADO CONYUGAL		10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
7199710		El Zapuyo		Xilitla	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)				San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
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		Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14.1 Número de la unidad médica	
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		Hospital Rural 16 Santa Catarina		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Calle		15.1 Tipo de vialidad	
IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		Colonia		15.2 Nombre de la vialidad	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	
15.9 Municipio o Alcaldía		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
Axtla de Terrazas		Axtla de Terrazas		Santa María II	
15.10 Entidad federativa				San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
09/10/182021 11:19:30		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Día Mes Año Horas Minutos		14.4 Nombre de la unidad médica		14.5 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		14.6 Nombre del asentamiento humano	
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?	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
a) choque hipovolémico Debido a (o como consecuencia de)		22.2 Sílo donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
b) Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de)		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
c)		Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública) Rancho o parcela <input type="radio"/> 7		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
d)		Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Pública <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.7.2 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
43 días a 11 meses		22.7.7 Código Postal		22.7.10 Entidad federativa	
después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5		22.7.8 Localidad		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.7.9 Municipio o Alcaldía		24.1 NOMBRE	
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"/> 99		22.7.10 Entidad federativa		24.2 NOMBRE	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.7.11 Código Postal		24.3 NOMBRE	
22.3 Sílo donde ocurrió la lesión		22.7.12 Localidad		24.4 PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)		22.7.13 Núm. Exterior 22.7.14 Núm. Interior		24.5 NOMBRE	
Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública) Rancho o parcela <input type="radio"/> 7		22.7.15 Código Postal		24.6 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Pública <input type="radio"/> 0 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.7.16 Localidad		24.7 Número de la cédula profesional	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)		22.7.17 Núm. Exterior 22.7.18 Núm. Interior		24.8 FIRMA	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.7.19 Código Postal		24.9 NOMBRE	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.20 Localidad		24.10 NOMBRE	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.21 Núm. Exterior 22.7.22 Núm. Interior		24.11 NOMBRE	
22.8.1 Número de la vialidad		22.7.23 Código Postal		24.12 NOMBRE	
22.8.2 Número del asentamiento humano		22.7.24 Localidad		24.13 NOMBRE	
22.8.3 Municipio o Alcaldía		22.7.25 Núm. Exterior 22.7.26 Núm. Interior		24.14 NOMBRE	
22.8.4 Entidad federativa		22.7.27 Código Postal		24.15 NOMBRE	
22.9.1 Número de la vialidad		22.7.28 Localidad		24.16 NOMBRE	
22.9.2 Número del asentamiento humano		22.7.29 Núm. Exterior 22.7.30 Núm. Interior		24.17 NOMBRE	
22.9.3 Municipio o Alcaldía		22.7.31 Código Postal		24.18 NOMBRE	
22.9.4 Entidad federativa		22.7.32 Localidad		24.19 NOMBRE	
23. MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA		22.7.33 Núm. Exterior 22.7.34 Núm. Interior		24.20 NOMBRE	
23.1 NOMBRE		22.7.35 Código Postal		24.21 NOMBRE	
Inocente		22.7.36 Localidad		24.22 NOMBRE	
Primer Apellido		22.7.37 Núm. Exterior 22.7.38 Núm. Interior		24.23 NOMBRE	
Martínez		22.7.39 Código Postal		24.24 NOMBRE	
Segundo Apellido		22.7.40 Localidad		24.25 NOMBRE	
Rubio		22.7.41 Núm. Exterior 22.7.42 Núm. Interior		24.26 NOMBRE	
25. CERTIFICADA POR		22.7.43 Código Postal		24.27 NOMBRE	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3		22.7.44 Localidad		24.28 NOMBRE	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		22.7.45 Núm. Exterior 22.7.46 Núm. Interior		24.29 NOMBRE	
*Especifique		22.7.47 Código Postal		24.30 NOMBRE	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		22.7.48 Localidad		24.31 NOMBRE	
10620089		22.7.49 Núm. Exterior 22.7.50 Núm. Interior		24.32 NOMBRE	
Número de la cédula profesional		22.7.51 Código Postal		24.33 NOMBRE	
27. NOMBRE		22.7.52 Localidad		24.34 NOMBRE	
Celic		22.7.53 Núm. Exterior 22.7.54 Núm. Interior		24.35 NOMBRE	
Primer Apellido		22.7.55 Código Postal		24.36 NOMBRE	
Zúñiga		22.7.56 Localidad		24.37 NOMBRE	
Segundo Apellido		22.7.57 Núm. Exterior 22.7.58 Núm. Interior		24.38 NOMBRE	
Toledo		22.7.59 Código Postal		24.39 NOMBRE	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO		22.7.60 Localidad		24.40 NOMBRE	
Calle		22.7.61 Núm. Exterior 22.7.62 Núm. Interior		24.41 NOMBRE	
Libramiento Cobach		22.7.63 Código Postal		24.42 NOMBRE	
136		22.7.64 Localidad		24.43 NOMBRE	
Santa María II		22.7.65 Núm. Exterior 22.7.66 Núm. Interior		24.44 NOMBRE	
Axtla de Terrazas		22.7.67 Código Postal		24.45 NOMBRE	
29.9 Municipio o Alcaldía		22.7.68 Localidad		24.46 NOMBRE	
29.9.1 Número de la vialidad		22.7.69 Núm. Exterior 22.7.70 Núm. Interior		24.47 NOMBRE	
29.9.2 Número del asentamiento humano		22.7.71 Código Postal		24.48 NOMBRE	
29.9.3 Municipio o Alcaldía		22.7.72 Localidad		24.49 NOMBRE	
29.9.4 Entidad federativa		22.7.73 Núm. Exterior 22.7.74 Núm. Interior		24.50 NOMBRE	
231		22.7.75 Código Postal		24.51 NOMBRE	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		22.7.76 Localidad		24.52 NOMBRE	
Núm. 01, Libro Núm. 05		22.7.77 Núm. Exterior 22.7.78 Núm. Interior		24.53 NOMBRE	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		22.7.79 Código Postal		24.54 NOMBRE	
Co Hidalgo y S de mayo altos S/N		22.7.80 Localidad		24.55 NOMBRE	
Axtla de Terrazas		22.7.81 Núm. Exterior 22.7.82 Núm. Interior		24.56 NOMBRE	
Son Luis Potosí		22.7.83 Código Postal		24.57 NOMBRE	
29.10 Entidad federativa		22.7.84 Localidad		24.58 NOMBRE	
29.11 Teléfono		22.7.85 Núm. Exterior 22.7.86 Núm. Interior		24.59 NOMBRE	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		22.7.87 Código Postal		24.60 NOMBRE	
11/01/821021		22.7.88 Localidad		24.61 NOMBRE	
Día Mes Año		22.7.89 Núm. Exterior 22.7.90 Núm. Interior		24.62 NOMBRE	
32.1 Localidad		22.7.91 Código Postal		24.63 NOMBRE	
Co Hidalgo y S de mayo altos S/N		22.7.92 Localidad		24.64 NOMBRE	
Axtla de Terrazas		22.7.93 Núm. Exterior 22.7.94 Núm. Interior		24.65 NOMBRE	
32.2 Entidad federativa		22.7.95 Código Postal		24.66 NOMBRE	
SOLPU		22.7.96 Localidad		24.67 NOMBRE	
32.3 Número de la cédula profesional		22.7.97 Núm. Exterior 22.7.98 Núm. Interior		24.68 NOMBRE	
1170512021		22.7.99 Código Postal		24.69 NOMBRE	
32.4 Día Mes Año		22.7.100 Localidad		24.70 NOMBRE	
32.5 Número de la cédula profesional		22.7.101 Código Postal		24.71 NOMBRE	
32.6 Día Mes Año		22.7.102 Localidad		24.72 NOMBRE	
32.7 Número de la cédula profesional		22.7.103 Código Postal		24.73 NOMBRE	
32.8 Día Mes Año		22.7.104 Localidad		24.74 NOMBRE	
32.9 Número de la cédula profesional		22.7.105 Código Postal		24.75 NOMBRE	
32.10 Día Mes Año		22.7.106 Localidad		24.76 NOMBRE	
32.11 Número de la cédula profesional		22.7.107 Código Postal		24.77 NOMBRE	
32.12 Día Mes Año		22.7.108 Localidad		24.78 NOMBRE	
32.13 Número de la cédula profesional		22.7.109 Código Postal		24.79 NOMBRE	
32.14 Día Mes Año		22.7.110 Localidad		24.80 NOMBRE	
32.15 Número de la cédula profesional		22.7.111 Código Postal		24.81 NOMBRE	
32.16 Día Mes Año		22.7.112 Localidad		24.82 NOMBRE	
32.17 Número de la cédula profesional		22.7.113 Código Postal		24.83 NOMBRE	
32.18 Día Mes Año		22.7.114 Localidad		24.84 NOMBRE	
32.19 Número de la cédula profesional		22.7.115 Código Postal		24.85 NOMBRE	
32.20 Día Mes Año		22.7.116 Localidad		24.86 NOMBRE	
32.21 Número de la cédula profesional		22.7.117 Código Postal		24.87 NOMBRE	
32.22 Día Mes Año		22.7.118 Localidad		24.88 NOMBRE	
32.23 Número de la cédula profesional		22.7.119 Código Postal		24.89 NOMBRE	
32.24 Día Mes Año		22.7.120 Localidad		24.90 NOMBRE	
32.25 Número de la cédula profesional		22.7.121 Código Postal		24.91 NOMBRE	
32.26 Día Mes Año		22.7.122 Localidad		24.92 NOMBRE	
32.27 Número de la cédula profesional		22.7.123 Código Postal		24.93 NOMBRE	
32.28 Día Mes Año		22.7.124 Localidad		24.94 NOMBRE	
32.29 Número de la cédula profesional		22.7.125 Código Postal		24.95 NOMBRE	
32.30 Día Mes Año		22.7.126 Localidad		24.96 NOMBRE	
32.31 Número de la cédula profesional		22.7.127 Código Postal		24.97 NOMBRE	
32.32 Día Mes Año		22.7.128 Localidad		24.98 NOMBRE	
32.33 Número de la cédula profesional		22.7.129 Código Postal		24.99 NOMBRE	
32.34 Día Mes Año		22.7.130 Localidad		25. NOMBRE	
32.35 Número de la cédula profesional		22.7.131 Código Postal		25.1 NOMBRE	
32.36 Día Mes Año		22.7.132 Localidad		25.2 NOMBRE	
32.37 Número de la cédula profesional		22.7.133 Código Postal		25.3 NOMBRE	
32.38 Día Mes Año		22.7.134 Localidad		25.4 NOMBRE	
32.39 Número de la cédula profesional		22.7.135 Código Postal		25.5 NOMBRE	
32.40 Día Mes Año		22.7.136 Localidad		25.6 NOMBRE	
32.41 Número de la cédula profesional		22.7.137 Código Postal		25.7 NOMBRE	
32.42 Día Mes Año		22.7.138 Localidad		25.8 NOMBRE	
32.43 Número de la cédula profesional		22.7.139 Código Postal		25.9 NOMBRE	
32.44 Día Mes Año		22.7.140 Localidad		25.10 NOMBRE	
32.45 Número de la cédula profesional		22.7.141 Código Postal		25.11 NOMBRE	
32.46 Día Mes Año		22.7.142 Localidad		25.12 NOMBRE	
32.47 Número de la cédula profesional		22.7.143 Código Postal		25.13 NOMBRE	
32.48 Día Mes Año		22.7.144 Localidad		25.14 NOMBRE	
32.49 Número de la cédula profesional		22.7.145 Código Postal		25.15 NOMBRE	
32.50 Día Mes Año		22.7.146 Localidad		25.16 NOMBRE	
32.51 Número de la cédula profesional		22.7.147 Código Postal		25.17 NOMBRE	
32.52 Día Mes Año		22.7.148 Localidad		25.18 NOMBRE	