



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

***SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN**

3 25 MED NTO	1. NOMBRE DEL(FECHA DE LA) FALLECIDO(A)	Felipa	Primer Apellido	Del Real	Nortoya			
	Nombre(s)		Segundo Apellido					
DEL FALLECIDO	2. FECHA DE NACIMIENTO	12/01/1965	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí		
	Día Mes Año	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
	5. CURP	REMF650320MSPNLO9	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>		
			O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	Sé ignora <input type="radio"/> Especifique	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉		
DEL FALLECIDO	8. EDAD	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos		
	CUMPLIDA							
	Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	10.1 Tipo de viabilidad		
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:			O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	Sé ignora <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Camino S/N	A la Línea Localidad	La Lagunita	10.2 Nombre de la viabilidad		
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
	719070		Ciudad Valles	Ciudad Valles	71900	Ciudad Valles	Ciudad Valles	San Luis Potosí
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Prescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL		
	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	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"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS-BIENESTAR <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEDENA-PROFESIONAL <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	13.1 Número de seguridad social o afiliación	4187650002 - 111650K		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS-BIENESTAR <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEDENA-PROFESIONAL <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/> O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	911	Boulevard Fraccionamiento	Méjico Laredo	15.2 Nombre de la viabilidad	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	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
	71910100		Ciudad Valles	Ciudad Valles	71900	Ciudad Valles	Ciudad Valles	San Luis Potosí
DE LA DEFUNCIÓN	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	11/08/2021	10:38	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
	Día Mes Año	Horas Minutos		O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
	PARTE I	a) Debido a (o como consecuencia de)				48 hs		
	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	b) Debido a (o como consecuencia de)				6 días		
	Estados morbosos, si existiera alguna, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	c) Debido a (o como consecuencia de)				5 días		
		d) Debido a (o como consecuencia de)				E III		
		Diabete Mellitus no especificada, con celoacidosis						
	PARTE II							
	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
	El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puérpero <input type="radio"/>	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Código CIE			
	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	U1071			
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
	22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/>	fallecido(a)			
	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉				
	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	Se ignora <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de viabilidad	22.7.2 Nombre de la viabilidad					
	22.7.3 Núm. Exterior	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				
DEL INF.	23. NOMBRE	Hector	Bustamante	Del Real	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hijo				
	25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO						
	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	Jefe Medicina Interna				
	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	4990698				
	*Especifique	Número de la cédula profesional						
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE	Luis Ernesto	Palacios	Davila	28. FIRMA			
	Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido					
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Boulevard	Méjico Laredo	914	Funcionario			
	29.1 Tipo de viabilidad	29.2 Nombre de la viabilidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
	29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	29.12 Fecha de certificación			
	Ciudad Valles							
	29.9 Municipio o Alcaldía	29.10 Entidad federativa						
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIAJA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO						
	Núm. _____ Libro Núm. _____	32.1 Localidad						
	34.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía						
		32.3 Entidad federativa						
		32.4 Día Mes Año						