



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

Modelo 2017.1  
FOLIO  
212248361

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



212248361

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Elizabeth</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>31</u> Mes <u>10</u> Año <u>1977</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
	5. CURP <u>HEHE771031MSPIRRL0H</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 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 un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>43</u>
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <u>Barrio San Juanco</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>12</u> 10.2 Nombre de la vivienda	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 8 Completa <input checked="" type="radio"/> 9 Incompleta <input type="radio"/> 0	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEXE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 4 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 7	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEXE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Hospital Básico Comunitario <u>Xilitla</u> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 5 ISSSTE <input type="radio"/> 6 SEDENA <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 8 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>San Antonio Xalcuayo II</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Xilitla</u> 15.3 Num. Exterior <u>799102</u> 15.4 Num. Interior <u>San Antonio Xalcuayo II</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Xilitla</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>799102</u> 15.8 Localidad <u>Xilitla</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>33</u>
DE LA DEFUNCIÓN	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Cetoacidosis</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>COVID-19</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus II</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus II</u>			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"/> 9
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>10137537</u>			18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
	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 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 4			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. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 1 Área deportiva (talón, cancha, etc.) <input type="radio"/> 2 Vivienda particular <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 5 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 6 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 8
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 1 Área deportiva (talón, cancha, etc.) <input type="radio"/> 2 Vivienda particular <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 5 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 6 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 8			22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>106</u>
	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 vivienda <u>12</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>San Antonio Xalcuayo II</u> 22.7.3 Num. Exterior <u>799102</u> 22.7.4 Num. Interior <u>San Antonio Xalcuayo II</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Xilitla</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>799102</u> 22.7.8 Localidad <u>Xilitla</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa
	23. NOMBRE <u>Alonso</u> <u>Manuel</u> <u>José</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Médico General <input type="radio"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 5 Autoridad civil <input type="radio"/> 6 Otro <input type="radio"/> 7 Especifique			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>10137537</u>
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE <u>Yazmin Alejandra Velazquez Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA <u>[Firma]</u>
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>San Antonio Xalcuayo II</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Xilitla</u> 29.3 Num. Exterior <u>799102</u> 29.4 Num. Interior <u>San Antonio Xalcuayo II</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Xilitla</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>799102</u> 29.8 Localidad <u>Xilitla</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>5</u>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Xilitla</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>17</u> Mes <u>10</u> Año <u>2021</u>

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