



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Model 2017.1

212248363

212248363

DE FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	Maria Anita	Primer Apellido	Martinez	Segundo Apellido	Guadalupe				
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	18 04 1960	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	San Luis Potosi	5. CURP MA6A600418MSPRDN02	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique	
DEL FALLECIDO	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	1 6 1	Se ignora <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:									
DE LA DEFUNCIÓN	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>	Rincipal	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)	Calle	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad		
	10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano El Tunel	10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosi	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía Xilitla	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Ana de Rosa	12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
	A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	SEG. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación				
DE DEL CERTIFICANTE	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Hospital Básico Comunitario Xilitla SIPIS SIPIS 1A0171H1H1	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calletera Federal 120 San Juan del Río-Xilitla	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano San Antonio Xalucayo II	15.6 Nombre del asentamiento humano Xilitla	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía
DE REG. CIVIL	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año	16.1 23 08 2021	16.2 10 13	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	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	Síndrome de Distres Respiratorio Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas	Uso exclusivo del personal codificado Código CIE	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Neumonia Atípica Debido a (o como consecuencia de)	24 horas	c) SARS-COV-2 Debido a (o como consecuencia de)	2 horas					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	d)									
	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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificado 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
DE INF.	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)					
	22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	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				
DE DEL CERTIFICANTE	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						
23. NOMBRE Nombre(s)	Eugenio Guzman	Primer Apellido	Martinez	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija					
25. CERTIFICADA POR 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 checked="" type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11272944	Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE Nombre(s)	Josue de Jesus Garcia Perez	Primer Apellido	Segundo Apellido	28. FIRMA Josue de Jesus Garcia P.						
29. DOMICILIO y TELÉFONO Nombre(s)	Calletera Federal 120 San Juan del Río-Xilitla	29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano				
29.6 Nombre del asentamiento humano Xilitla	29.7 Código Postal San Luis Potosi	29.8 Localidad	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	Día Mes Año	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23 08 2021				
29.9 Municipio o Alcaldía	29.11 Teléfono	29.12 Localidad	29.13 Entidad federativa	29.14 Día Mes Año						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Número 01 Libro Número 05	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad Xilitla	32.1 Localidad Xilitla	32.2 Entidad federativa S.L.P.	32.3 Día Mes Año	32.4 Día Mes Año	32.5 Día Mes Año				
32.6 Acta Número 105	32.7 Código Postal 1054	32.8 Localidad Xilitla	32.9 Entidad federativa S.L.P.	32.10 Día Mes Año	32.11 Día Mes Año	32.12 Día Mes Año				

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