



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1  
FOLIO  
212248481

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

\* SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
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

DEL FALLECIDO		DEL DEFUNCIÓN		DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL(LE LA) FALLECIDO(A) <b>Argüello</b>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>San Luis Potosí</b>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>26 09 1964</b>		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior <b>79960</b>		10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Barrio de Guadalupe</b>	
5. CURP <b>AICV640926HSPPMIR06</b>		10.7 Código Postal <b>79960</b>		10.8 Localidad <b>Tamazunchale</b>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días anotar: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía ella(la) fallecido(a)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13. ATILACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Nombre de la unidad médica 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 privada <input type="radio"/> 9		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 6.5 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior <b>79960</b>		15.1 Tipo de Vialidad <b>Rancho</b>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año <b>18 08 2021</b>		15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rancho</b>		15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>Insuficiencia respiratoria</b> b) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>traumatismo severo de en la comunidad</b> c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>caso confirmado de covid 19</b> d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> <b>caso confirmado de covid 19</b>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.5 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		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="radio"/> 7 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con ella(la) fallecido(a) 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior <b>22 73</b>	
23. NOMBRE <b>Alcazar</b>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano <b>hacienda</b>		22.7.6 Nombre del asentamiento humano <b>hacienda</b>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 27. NOMBRE <b>Alcazar</b>		22.7.7 Código Postal <b>79960</b>		22.7.8 Localidad <b>Tamazunchale</b>	
29. DOMICILIO Y TELEFONO Nombres(s) <b>Alcazar</b> Primer Apellido <b>Alcazar</b> Segundo Apellido <b>del Real</b> 29.1 Tipo de vialidad <b>79960</b> 29.2 Nombre de la vialidad <b>San Luis Potosí</b> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>Rancho</b>		22.7.9 Municipio o Alcaldía <b>Tamazunchale</b>		22.7.10 Entidad federativa <b>San Luis Potosí</b>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <b>18 08 2021</b>		22.7.11 Teléfono <b>483 262398</b>		22.7.12 Nombre de la vialidad <b>San Luis Potosí</b>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <b>32.1</b> Localidad <b>32.2</b> Municipio o Alcaldía <b>32.3</b> Entidad federativa <b>32.4</b> Día <b>32.5</b> Mes <b>32.6</b> Año		22.7.13 Nombre de la vialidad <b>San Luis Potosí</b>		22.7.14 Nombre de la vialidad <b>San Luis Potosí</b>	
31.1 Acta Núm. <b>32.1</b> Localidad <b>32.2</b> Municipio o Alcaldía <b>32.3</b> Entidad federativa <b>32.4</b> Día <b>32.5</b> Mes <b>32.6</b> Año		22.7.15 Nombre de la vialidad <b>San Luis Potosí</b>		22.7.16 Nombre de la vialidad <b>San Luis Potosí</b>	