



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
212251202

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)		EMIGDIO MENDIETA HERNANDEZ		Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
0 5 0 8 1 9 6 0 Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		S.E.L.P. Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
M E R E 6 0 0 8 0 5 H S P N R M 0 9 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		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		
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL			
				Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Casa habitación					
Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)		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			
				XILITLA			
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía			
EL SABINO				XILITLA			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:					
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	SEG. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad					
		CASA HABITACION					
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano			
		EL SABINO		XILITLA			
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía			
				XILITLA			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.2 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					
2 7 0 8 2 0 2 1   1 8 3 0 Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?					
Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		19.2 Parte II					
{		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
a)		Debido a (o como consecuencia de)					
b)		Debido a (o como consecuencia de)					
c)		Debido a (o como consecuencia de)					
d)							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		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 Código CIE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador		
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4							
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"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
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					
22.7 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			
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
				22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía	
22.7.7 Código Postal				22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		FTDEL HERNANDEZ LOPEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		CUADAL	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	751133		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		OCEDO MARQUEZ		28. FIRMA		Quibip	
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido				
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
HBC XILITLA				SAN ANTONIO XALCUAYO 11		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
XILITLA							
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		S.E.L.P.				3 0 0 8 2 0 2 1	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad		Día Mes Año	
Núm. 04, Libro Núm. 05		Tlajetla		Xilitla		31 08 2021	
31.1 Acta Núm. 00034		32.2 Municipio o Alcaldía		San Luis Potosí		32.3 Entidad federativa	
						32.4 Día Mes Año	

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 PARTICULARSES

212251202

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