



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modello 2017.1
FOLIO
212251204

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)	TRANQUILINO Nombre(s)	MORALES Primer Apellido	HERNANDEZ Segundo Apellido
	2. FECHA DE NACIMIENTO 06041957 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP MOHT570406HSPRRR07	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Se ignora <input type="checkbox"/> 9 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 65 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
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="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) _____				
10.1 Tipo de vialidad S/N				
10.3 Núm. Exterior 79930	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano AXTLA DE TERRAZAS SAN LUIS POTOSI	
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2				
12. Ocupación Habitual JORNALERO Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
13.1 Número de seguridad social o afiliación SPSSA017144				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO XILITLA IMSS BIENESTAR <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9				
14.1 Nombre de la unidad médica XILITLA 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN CARRERAS FEDERAL 120 SAN JUAN DEL RIO - XILITLA				
15.3 Núm. Exterior 7992	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de vialidad	15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 31082021 1045				
16.1 Día	16.2 Mes	16.3 Año	16.4 Horas	16.5 Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9				
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2				
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				
a)	DISTRESS RESPIRATORIO SEVERO Debido a (o como consecuencia de)			
b)	CASO SOSPECHOSO SARS COV 2 Debido a (o como consecuencia de)			
c)	Debido a (o como consecuencia de)			
d)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo				
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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5				
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2				
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2				
Uso exclusivo del personal codificador 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9				
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9				
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> 6 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9				
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)				
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				
22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa				
23. NOMBRE José N. Marales Antelmo Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo.				
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique _____				
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11272944 Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE José DE JESUS Garcia Perez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
28. FIRMA José de Jesús García P.				
29. DOMICILIO y TELÉFONO CARRERAS FEDERAL 120 SAN JUAN DEL RIO - XILITLA Km 259.2 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 29.9 Municipio o Alcaldía				
29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI 29.11 Teléfono 4897712745				
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 31082021 Día Mes Año				
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 107				
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Xilitla 32.2 Municipio o Alcaldía 054 32.3 Entidad federativa S.L.P. 32.4 Día Mes Año 24 24 092021				

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