



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2017.1

## FOLIO

212251208

212251208

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>er</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>da</sup> 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 POSSESIÓN DE Sujetos Obligados y la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

|  |  |   |                        |   |                        |  |  |
|--|--|---|------------------------|---|------------------------|--|--|
| 1. NOMBRE DEL( LA) FALLECIDO(A)  |  | Erasmo  |                        | Hernandez   |                        | Martinez   |  |
|  |  | Nombre(s)   |                        | Primer Apellido   |                        | Segundo Apellido   |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO   |  | 05 01 1935  |                        | 3. SEXO   |                        | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO   |  |
| Día Mes Año  |  | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09  |                        | San Luis Potosí   |                        | Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)  |  |
| 5. CURP  |  | HEMIE350105HSPRRR00   |                        | Se ignora <input type="radio"/> 99  |                        | 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  |  |
|  |  |   |                        |   |                        | Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA   |  | Para menores de una hora  | Para menores de un día | Para menores de un mes  | Para menores de un año | Para personas de un año o más  | 8.6 Se ignora <input type="radio"/> 99 |
|  |  | Minutos   | Horas                  | Días  | Meses                  | Años cumplidos   |  |
| Para menores de 28 días anote:   |  | 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:  |                        | 8.2 Semanas de gestación:   |                        | 8.3 Peso (gramos)  |  |
|  |  |   |                        |   |                        |  |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL  |  | Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)   |                        | Calle   |                        | Principa   |  |
|  |  | 19  |                        | 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  |                        | 10.6 Nombre del asentamiento humano  |  |
| 799900   |  | El Tunel  |                        | Xilitla   |                        | San Luis Potosí  |  |
| 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 checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5                                  |                        | 11.1 La escolaridad seleccionada es:  |                        | 12. OCUPACIÓN HABITUAL   |  |
|  |  | Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10   |                        | Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2   |                        | Jardinero <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99                               |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD  |  | Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 |                        | 14.1 Nombre de la unidad médica   |                        | 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)  |  |
|  |  | IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99                 |                        |   |                        |  |  |
| 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  |                        | 15.1 Tipo de vialidad   |                        | Vía pública <input type="radio"/> 10 Oíro lugar <input type="radio"/> 12                           |  |
|  |  | IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8                                    |                        | 15.2 Nombre de la vialidad  |                        | Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99                       |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN   |  | 799900  |                        | Calle   |                        | Principa   |  |
|  |  | 15.3 Núm. Exterior  |                        | 15.4 Núm. Interior  |                        | 15.5 Tipo de asentamiento humano   |  |
|  |  | 15.7 Código Postal  |                        | 15.8 Localidad  |                        | 15.9 Municipio o Alcaldía  |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN   |  | 02 09 2021  |                        | 11 16 50  |                        | 15.6 Nombre del asentamiento humano  |  |
|  |  | Día Mes Año   |                        | Horas Minutos   |                        | 15.10 Entidad federativa   |  |
| 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"/> 99   |                        | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?   |                        | Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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.)           |  | a) Síndrome de distres respiratorio   |                        | 17.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte  |                        | 17.2 1 dia   |  |
| PARTE I  |  | Debido a (o como consecuencia de)   |                        |   |                        | 17.3 14 días   |  |
| Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  |  | COVID-19  |                        |   |                        |  |  |
| b)   |  | Debido a (o como consecuencia de)   |                        |   |                        |  |  |
| c)   |  | Debido a (o como consecuencia de)   |                        |   |                        |  |  |
| d)   |  |   |                        |   |                        |  |  |
| PARTE II   |  | Hipersión arterial  |                        |   |                        | 17.4 20 años   |  |
| 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  |  | 21.2 ¿Las causas anotadas fueron causas de complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio?   |                        | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?   |                        | 18. Úsese exclusivo del personal codificador   |  |
| 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   |                        | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99                                    |                        | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE   |  |
| El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4  |  | No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5  |                        | Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99                                    |                        |  |  |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE  |  | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión  |                        | Área industrial <input type="radio"/> 6   |                        | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)                       |  |
| 22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio?  |  | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?  |                        | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3  |                        |  |  |
| Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99          |  |   |                        | Vivienda colectiva (estilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 |                        | Granja <input type="radio"/> 7 Rancho o parcela <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   |                        | Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área de servicio <input type="radio"/> 5                                  |                        | Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99                                    |  |
| 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   |  | Maria Isabel  |                        | Manuel  |                        | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)   |  |
|  |  | Nombre(s)   |                        | Primer Apellido   |                        | Segundo Apellido   |  |
| 25. CERTIFICADA POR  |  | Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3  |                        | Medico General  |                        | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO   |  |
| Persona autorizada por la Secretaría de Salud  |  | Autoridad civil <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8  |                        | *Especifique  |                        | 10137537   |  |
| Número de la cédula profesional  |  |   |                        |   |                        |  |  |
| 27. NOMBRE   |  | Yazmin Alejandra Velazquez Hernandez  |                        | Hernandez   |                        | 28. FIRMA  |  |
|  |  | Nombre(s)   |                        | Primer Apellido   |                        | Segundo Apellido   |  |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO   |  | Carretera Federal 120 San Juan del Rio-Xilitla Km 289.2   |                        | 29.1 Tipo de vialidad   |                        | 29.2 Nombre de la vialidad   |  |
|  |  |   |                        | 29.3 Núm. Exterior  |                        | 29.4 Núm. Interior   |  |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano  |  | 29.7 Código Postal  |                        | 29.8 Localidad  |                        | 29.5 Tipo de asentamiento humano   |  |
| Xilitla  |  | 799102  |                        | San Antonio Xalchucayo B  |                        |  |  |
| 29.9 Municipio o Alcaldía  |  | 29.10 Entidad federativa  |                        | 29.11 Teléfono  |                        | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN   |  |
|  |  |   |                        |   |                        |  |  |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO  |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO   |                        | 33. MUNICIPIO O ALCALDIA  |                        | 34. DIA  |  |
| Número <input type="radio"/> 1 Libro Núm. 5  |  | 32.1 Localidad Xilitla  |                        | 33.2 Municipio o Alcaldía San Luis Potosí   |                        | Mes <input type="radio"/> 8  |  |
| 31.1 Acta Núm. 107   |  | 32.2 Municipio o Alcaldía Xilitla   |                        | 33.3 Entidad federativa San Luis Potosí   |                        | Año <input type="radio"/> 2021   |  |
|  |  |   |                        |   |                        |  |  |
| DEL REG. CIVIL   |  |   |                        |   |                        |  |  |
|  |  |   |                        |   |                        |  |  |

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