



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

212251334

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL (DE LA) FALLECIDO(A)	NEMECIO (Nombre(s))	GARCIA Primer Apellido	HERNANDEZ Segundo Apellido
	2. FECHA DE NACIMIENTO 2 - 1 - 0 - 9 - 1 - 9 - 1 - 6 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)	2. A
DE LA DEFUNCIÓN	5. CURP G A H N 4 6 0 9 2 1 H S P R R M O O	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 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 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)	AVENIDA N.E.	CHALCO ZOJUALO	10.2 Nombre de la vialidad 10.6 Nombre del asentamiento humano
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 7 - 9 - 6 - 9 - 0	10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 50180	10.9 Municipio o Alcaldía AXTLA DE TERRAZAS	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) SAN LUIS POTOSI
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 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 type="checkbox"/> 1 Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL TRAB. ACT. AGRIC., GANAD., SILVIC., CAZA Y PESC. 12.1 Trabajaba <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> 3 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 GAMM911115-51		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica NO APLICA	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
DEL INF.	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN AVENIDA N.E.	15.2 Nombre de la vialidad ZOJUALO		
	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 7 - 9 - 6 - 9 - 0	15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano		
DEL CERTIFICANTE	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 - 5 - 2 - 0 - 2 - 1 - 1 - 9 - 3 - 0 Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input 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) SEPSIS PULMONAR Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
	b) FIBROSIS PULMONAR POR SARS COV 2 Debido a (o como consecuencia de)			
	c) Debido a (o como consecuencia de)			
	d) Debido a (o como consecuencia de)			
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA			
DEL REG. CIVIL	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 <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	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
DEL INF.	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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Granja (rancho o parcela) <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)			
DEL CERTIFICANTE	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 CLINICA HOSPITAL TAMAZUNCHALE		
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de vialidad		
DEL REG. CIVIL	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 1 - 5 - 2 - 0 - 2 - 1 - 1 - 9 - 3 - 0 Código Postal 22.7.7 Código Postal	22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.10 Entidad federativa	
	23. NOMBRE LETICIA Nombre(s)	GARCIA Primer Apellido	PEREZ Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO(A) <input type="checkbox"/> 12
DEL REG. CIVIL	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Personas 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 Número de la cédula profesional 4395546	
	27. NOMBRE LEOCADIO Nombre(s)	MEZA Primer Apellido	MARTINEZ Segundo Apellido	28. FIRMA
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO Y TELÉFONO BOULEVARD ZACATIPAN TAMAZUNCHALE 29.6 Número del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía	ISSSTE 29.10 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI 29.11 Teléfono 14181316211900	KM 0.5 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número _____, Libro Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa 32.4 Dia Mes Año	
31.1 Acta Núm. _____	32.10 Entidad federativa 32.11 Teléfono 14181316211900			

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

