



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO  
212251334

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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) <b>NEMECIO GARCIA HERNANDEZ</b> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO 2   1   0   9   1   3   4   6 <small>Día Mes Año</small>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>SAN LUIS POTOSÍ</b> <small>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</small>	
	5. CURP <b>CAHN460921HSPRRM00</b> <small>Se ignora <input type="radio"/>99</small>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → <small>Especifique</small>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para personas de un año o más: 0   7   5 <small>Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>9</small>	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) <b>AVENIDA CHALCO</b> <small>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad</small>	
	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>7 9 9 3 0 N.E. ZOJUALO (CHALCO)</b> <small>10.6 Nombre del asentamiento humano</small>	
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>ZOJUALO (CHALCO) AXTLA DE TERRAZAS SAN LUIS POTOSÍ</b>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input checked="" type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>TRAB. ACT. AGRIC., GANAD., SILVIC. Y CAZA Y PESC.</b> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" 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 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>GAMM911115-51</b>		
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 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la Unidad médica <b>NO APLICA</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>9 9 9 7</b> Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>AVENIDA CHALCO</b> <small>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad</small>		
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>7 9 9 3 0 N.E. ZOJUALO (CHALCO)</b> <small>15.6 Nombre del asentamiento humano</small>		
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa <b>ZOJUALO (CHALCO) AXTLA DE TERRAZAS SAN LUIS POTOSÍ</b>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1   2   0   9   1   3   4   6 <small>Día Mes Año</small> 4   9   3   0 <small>Horas Minutos</small>		
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"/> 9		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>SEPSIS PULMONAR</b> Debido a (o como consecuencia de) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>10 DIAS</b> Código CIE Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <b>FIBROSIS PULMONAR POR SARS COV 2</b> Debido a (o como consecuencia de) <b>27 DIAS</b> 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 morbo que la produjo <b>HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA</b> <b>4 AÑOS</b>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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 No estuvo embarazada en los 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 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva (calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anotar 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 Anotar 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 DEL INF. <b>LETICIA GARCIA PEREZ</b> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>HJO(A)</b> <small>1 2</small>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 *Especifique Número de la escuela profesional <b>4395546</b>		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <b>LEOCADIO MEZA MARTINEZ</b> <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>		
28. FIRMA		
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>BOULEVARD ISSSTE KM 0.5 COLONIA</b> <small>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</small> <b>ZACATIPAN TAMAZUNCHALE</b> <small>29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa</small> <b>TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSÍ</b> <small>29.11 Teléfono</small> <b>4 8 3 3 6 2 1 1 9 0</b>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>1 8 1 0 2 1 0 2 1</b> <small>Día Mes Año</small>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 31.1 Acta Núm.		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año		

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



212251334