



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

212251358

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(LE LA) FALLECIDO(A) MANUEL VALLE ANTONO	2. FECHA DE NACIMIENTO 03/12/02	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
	5. CURP V A A M 20 1 1 0 3 H S P L I N N A 5	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
	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: 10	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a): Calle Venustiano Carranza 400 Ejido 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda Aguazarca 10.3 Tipo de asentamiento humano 10.4 Nombre del asentamiento humano 10.5 Código Postal 10.6 Localidad 10.7 Municipio o Alcaldía 10.8 Entidad federativa San Luis Potosí			
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital Comunitario Tamazunchale ☒ IMSS BIENESTAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda Carretera Ejido La Pitahaya 15.3 Tipo de asentamiento humano 15.4 Nombre del asentamiento humano 15.5 Código Postal 15.6 Localidad 15.7 Municipio o Alcaldía 15.8 Entidad federativa San Luis Potosí	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 3/01/21 02:11	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque Hipovolémico Debido a (o como consecuencia de) b) Deshidratación Aguda Debido a (o como consecuencia de) c) Enfermedad Diarreica Aguda 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 Neumonía Adquirida en la comunidad Caso Sospechado de Covid-19	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 horas 24 horas 2 días 2 días 1 día Código CIE R57.1 J86 A09 J18 U072	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 ¿Embarazo o parto? Embarazo ☐ Parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ Si ☐ No ☐	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Tipo de vivienda Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Si ☐ No ☐	24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) Padre
DEL REG. CIVIL	25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 11374609 Número de la cédula profesional	27. FIRMA [Firma]	28. FECHA DE CERTIFICACIÓN 3/01/21
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda Carretera Ejido La Pitahaya 29.3 Tipo de asentamiento humano 29.4 Nombre del asentamiento humano 29.5 Código Postal 29.6 Localidad 29.7 Municipio o Alcaldía 29.8 Entidad federativa San Luis Potosí	30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad 30.2 Municipio o Alcaldía 30.3 Entidad federativa 30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año		
	31.1 Acta Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa
	31.2 Acta Núm.	32.1 Localidad	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa

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