



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

**212251457**

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</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

**212251457**

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A)		PEDRO GARCIA RUBIO		Primer Apellido Segundo Apellido	
		2. FECHA DE NACIMIENTO	3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	SAN LUIS POTOSI		
3 1 0 1 1 9 4 1 Día Mes Año	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD				
G A R P 4 1 0 1 3 1 H S P R B D 1 5 Se ignora 099		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>			
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	
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="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/>	Viudo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/>	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)					
		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		
114			XILITLA		XILITLA		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
43100		XILITLA		XILITLA		SAN LUIS POTOSI	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:					
Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>		Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	11.2 Nivel de escolaridad	
12. OCUPACIÓN HABITUAL		12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>		SEMAR <input type="radio"/>	IMSS BIENESTAR <input type="radio"/>	IMSS SEGURO SOCIAL <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>		IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.2 Nombre de la vialidad					
114		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior					
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano					
XILITLA		XILITLA					
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
43100		XILITLA		XILITLA		SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?					18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
1 1 0 1 0 2 0 2 1 1 0 10 14 18 Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándolo en su lugar la causa básica		a) Debido a (o como consecuencia de) SOSPESO DE COVID-19					15 días
{		b) Debido a (o como consecuencia de) HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
{		c) Debido a (o como consecuencia de)					
{		d) Debido a (o como consecuencia de)					
19.2 Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/> 4 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión					22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(la) fallecido(a)
22.1 Fue un presunto accidente		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Granja <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.7 Código Postal					22.7.8 Localidad
22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa					22.7.2 Nombre de la vialidad
22.7.1 Número de la vialidad							22.7.6 Nombre del asentamiento humano
23. NOMBRE		VICTORINO GARCIA ORTIZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido					
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otra* <input type="radio"/>	*Especifique				
31.1 Acta Num. 04 05		Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		ROSA OCHOA		28. FIRMA			
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad					30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
XILITLA		29.2 Nombre de la vialidad					1 2 1 0 2 0 2 1
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal					Día Mes Año
XILITLA		S.L.P.					29.8 Localidad
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa					29.4 Núm. Exterior 29.5 Tipo de asentamiento humano
000 48							XILITLA SAN LUIS POTOSI
31.1 Acta Num. 000 48		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					32.3 Entidad federativa
32.1 Localidad		TLALETLA, XILITLA, S. L. P.					32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año
32.2 Municipio o Alcaldía		SAN LUIS POTOSI					
32.3 Entidad federativa							

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