



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

Modelo 2017.1
FOLIO

212251457

yes donde se
a horas

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



212251457

1. NOMBRE DEL(LE) FALLECIDO(A) PEDRO GARCIA RUBIO		2. FECHA DE NACIMIENTO 31/01/1941		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI	
5. CURP GARP410131HSPEBD15		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" 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: 080	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a) CALLE LA RAMA 114		10.1 Tipo de vivienda 114		10.2 Nombre de la vivienda	
10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: UXTUAPAN		10.6 Nombre del asentamiento humano: XILITLA		10.7 Código Postal: 24100		10.8 Localidad: UXTUAPAN	
10.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <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"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: Calle la Rama		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 114	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 114		15.2 Nombre de la vivienda		15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: UXTUAPAN		15.6 Nombre del asentamiento humano: XILITLA	
15.7 Código Postal: 24100		15.8 Localidad: UXTUAPAN		15.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA		15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 19 Mes: 10 Año: 2021 Horas: 10 Minutos: 04		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente SUSPECHOSO DE COVID-19 a) Debido a (o como consecuencia de) HIPERTENSION ARTERIAL b) 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 a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 5		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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <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 motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda		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. VICTORINO GARCIA ORTIZ		24. PARENTESCO CON EL(LE) FALLECIDO(A) HIJO		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 75153	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE ROSA GARCIA		28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: HBC XILITLA		29.2 Nombre de la vivienda: ANTONIO MEXICANO II	
29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: XILITLA		29.6 Nombre del asentamiento humano: S.L.P.		29.7 Código Postal: 24100		29.8 Localidad: XILITLA	
29.9 Municipio o Alcaldía: XILITLA		29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI		29.11 Teléfono: 24100		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 19 Mes: 10 Año: 2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 04 Libro Núm. 05		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: XILITLA		32.2 Municipio o Alcaldía: SAN LUIS POTOSI		32.3 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI	
31.1 Acta Núm. 000 43		32.4 Día: 19 Mes: 10 Año: 2021		32.5 Tipo de asentamiento humano: XILITLA		32.6 Nombre del asentamiento humano: S.L.P.	

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