



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

Modelo 2017.1
212252810

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) Guillermo Bautista		2. FECHA DE NACIMIENTO 25/11/1937		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SLP	
	5. CURP BAKGB71125HSPTXLO3		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"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA 83 años	
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input 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) Localidad: Xilapc - Ixtamal		10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda		10.3 Num. Exterior 79960	
	10.4 Num. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Xilapc		10.6 Nombre del asentamiento humano SLP		10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL agricultor		12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	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 checked="" 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"/> 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"/>		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Tipo de atención Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Localidad: Xilapc - Ixtamal		15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda		15.3 Num. Exterior 79960		15.4 Num. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Xilapc	
	15.6 Nombre del asentamiento humano SLP		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/09/2021 22:30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) a) COVID-19 b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 422		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"/> 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 type="radio"/>	
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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 Anote 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 Anote 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 Num. Exterior 22.7.4 Num. 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		22.8 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.8.1 Tipo de vivienda 22.8.2 Nombre de la vivienda 22.8.3 Num. Exterior 22.8.4 Num. Interior 22.8.5 Tipo de asentamiento humano 22.8.6 Nombre del asentamiento humano 22.8.7 Código Postal 22.8.8 Localidad 22.8.9 Municipio o Alcaldía 22.8.10 Entidad federativa	
	22.9 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.9.1 Tipo de vivienda 22.9.2 Nombre de la vivienda 22.9.3 Num. Exterior 22.9.4 Num. Interior 22.9.5 Tipo de asentamiento humano 22.9.6 Nombre del asentamiento humano 22.9.7 Código Postal 22.9.8 Localidad 22.9.9 Municipio o Alcaldía 22.9.10 Entidad federativa		22.10 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.10.1 Tipo de vivienda 22.10.2 Nombre de la vivienda 22.10.3 Num. Exterior 22.10.4 Num. Interior 22.10.5 Tipo de asentamiento humano 22.10.6 Nombre del asentamiento humano 22.10.7 Código Postal 22.10.8 Localidad 22.10.9 Municipio o Alcaldía 22.10.10 Entidad federativa		22.11 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.11.1 Tipo de vivienda 22.11.2 Nombre de la vivienda 22.11.3 Num. Exterior 22.11.4 Num. Interior 22.11.5 Tipo de asentamiento humano 22.11.6 Nombre del asentamiento humano 22.11.7 Código Postal 22.11.8 Localidad 22.11.9 Municipio o Alcaldía 22.11.10 Entidad federativa		22.12 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.12.1 Tipo de vivienda 22.12.2 Nombre de la vivienda 22.12.3 Num. Exterior 22.12.4 Num. Interior 22.12.5 Tipo de asentamiento humano 22.12.6 Nombre del asentamiento humano 22.12.7 Código Postal 22.12.8 Localidad 22.12.9 Municipio o Alcaldía 22.12.10 Entidad federativa	
DEL REG. CIVIL	23. NOMBRE Jaime Bautista Valles		24. PARENTESCO CON EL(LA) 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. NOMBRE Patricio Dámaso	
	27. DOMICILIO y TELÉFONO Carr. - Mex - Ixtamal 79960		28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO y TELÉFONO Carr. - Mex - Ixtamal 79960		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17/09/2021	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año		33. NOMBRE [Firma]		34. NOMBRE [Firma]		

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