



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

212254273

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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) Francisco Exelino Arlenio 356-451		2. FECHA DE NACIMIENTO 18/05/1958		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí	
5. CURP 501AF58051BHSPDNIROS		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA 63 años	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Calmena 25 Localidad Ahuehuevo primero		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79970	
10.5 Tipo de asentamiento humano Matlapa		10.6 Nombre del asentamiento humano S.L.P.		10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Tercera <input type="radio"/> 6 Cuarta <input type="radio"/> 7 Quintaria <input type="radio"/> 8 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 9 Profesional <input type="radio"/> 10 Posgrado <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL Carpintero	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.3 Lugar Hogar <input type="radio"/> 11 Via pública <input type="radio"/> 10 Otro <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" 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 Hospital General Col. Valles S.L.P.		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Nombre de la vialidad Oxtilpa	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Km 7 Cal. Valles		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79970	
15.5 Tipo de asentamiento humano Col. Valles		15.6 Nombre del asentamiento humano S.L.P.		15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27/10/2021 18:09		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 PRÁCTICÓ 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) Bloqueo Arteriovascular por hipertensión b) Síndrome Uremico c) Enfermedad Renal IV d) Diabetes Mellitus PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Hipertensión Arterial sistémica Fibrosis Alveolar Sec. Tuberculosis		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 hrs Semanas Años 10 años 10 años Otros		Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		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			

DEL INF.

23. NOMBRE Mar Reyna Exelino Arlenio		24. PARENTESCO CON EL(LE LA) FALLECIDO(A) hermana	
---	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

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 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 6525503		27. NOMBRE Blanca Ruth Hernández Ortiz		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 27/10/2021		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	

DEL REG. CIVIL

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o Alcaldía 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	
---	--



212254273