



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

Modelo 2017.1

FOLIO

200639860

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



200639860

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jaime Espinosa Segura</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>09/04/1978</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>EI SJ 78 04 09 H S P S G M O S</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
DE LA DEFUNCIÓN	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>04</u> Horas <u>2</u> Minutos Para menores de un día: <u>04</u> Días <u>2</u> Meses Para menores de un mes: <u>04</u> Años <u>2</u> Semanas Para personas de un año o más: <u>04</u> Años <u>2</u> Meses Se ignora <input type="radio"/>	
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>14 Avenida de la Juventud Del Calvario</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 10.4 Núm. Interior <u>112</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Villa de Reyes</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>S. L. P.</u> 10.7 Código Postal <u>78436</u> 10.8 Localidad <u>Soledad Graciana S.</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana S.</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>S. L. P.</u>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" 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"/>	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Albañil</u> Se ignora <input type="radio"/>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Soledad</u> IMSS PROSPERA <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) <u>Valentín Aguado</u>	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Prolongación</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Aguado</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 15.4 Núm. Interior <u>112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciana S.</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Graciana S.</u> 15.7 Código Postal <u>78436</u> 15.8 Localidad <u>Soledad Graciana S.</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana S.</u> 15.10 Entidad federativa <u>S. L. P.</u>	
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>25/10/2020 03:38</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evita señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía por SARS-CoV-2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus Tipo 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>12 días</u> <u>11 días</u> <u>22 días</u> <u>24 días</u>	
	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"/>	
	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? Sí <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"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u otro) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <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 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 vialidad <u>Prolongación</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Aguado</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>112</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciana S.</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Graciana S.</u> 22.7.7 Código Postal <u>78436</u> 22.7.8 Localidad <u>Soledad Graciana S.</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana S.</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>S. L. P.</u>	
	23. NOMBRE <u>María Guadalupe Hernández Espinosa</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
DEL CERTIFICANTE	24. PARENTESCO CON EL(IA) FALLECIDO(A) <u>Sobrina</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> <u>Directorio Turno</u> 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 <u>3207093</u> Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE <u>Enka Alicia Domínguez Yereña</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
DEL REG. CIVIL	28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Prolongación</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Aguado</u> 29.3 Núm. Exterior <u>78436</u> 29.4 Núm. Interior <u>112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad Graciana S.</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Soledad Graciana S.</u> 29.7 Código Postal <u>78436</u> 29.8 Localidad <u>Soledad Graciana S.</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>Soledad Graciana S.</u> 29.10 Entidad federativa <u>S. L. P.</u> 29.11 Teléfono <u>[Número]</u>	
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25/10/2020</u> Día Mes Año	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>[Número]</u> Libro Núm. <u>[Número]</u> 31.1 Acta Núm. <u>[Número]</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>[Número]</u> 32.2 Municipio o Alcaldía <u>[Número]</u> 32.3 Entidad federativa <u>[Número]</u> 32.4 Día Mes Año <u>[Número]</u>		

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