



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO
200639860

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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

DE DEL FALLECIDO		DE LA DEFUNCIÓN		DE MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		DEL CERTIFICANTE		DEL REG. CIVIL													
<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jaime Espinosa Segura</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO 09041978</p> <p>Día Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí</p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p>		<p>5. CURP EISJ780409HSPSGM06</p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique</p>		<p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____</p> <p>Para menores de un día _____ Horas _____</p> <p>Para menores de un mes _____ Días _____</p> <p>Para menores de un año _____ Meses _____</p> <p>Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____</p>		<p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>															
<p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Avecida Barrio</p> <p>10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>139500 Villa de Reyes Villa de Reyes S. L.P.</p> <p>10.7 Código Postal</p> <p>10.8 Localidad</p> <p>10.9 Municipio o Alcaldía</p>		<p>10.1 Tipo de vialidad</p> <p>10.2 Nombre de la vialidad</p> <p>De la Juventud Del Calvario,</p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano</p>		<p>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p>																	
<p>11. ESCOLARIDAD</p> <table border="0"> <tr> <td>Ninguna <input type="radio"/> 1</td> <td>Preescolar <input type="radio"/> 12</td> <td>Primaria <input checked="" type="radio"/> 3</td> <td>Secundaria <input type="radio"/> 5</td> <td>11.1 La escolaridad seleccionada es:</td> <td>12. Ocupación Habitual</td> </tr> <tr> <td>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7</td> <td>Profesional <input type="radio"/> 8</td> <td>Posgrado <input type="radio"/> 10</td> <td>Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td>Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2</td> <td>Albanil, Se ignora <input type="radio"/> 99</td> </tr> </table>		Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación Habitual	Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	Albanil, Se ignora <input type="radio"/> 99	<p>12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>							
Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input checked="" type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. Ocupación Habitual																
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	Albanil, Se ignora <input type="radio"/> 99																
<p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</p> <table border="0"> <tr> <td>Ninguna <input type="radio"/> 1</td> <td>ISSSTE <input type="radio"/> 3</td> <td>SEDENA <input type="radio"/> 5</td> <td>Seguro Popular <input type="radio"/> 7</td> <td>Otra <input type="radio"/> 8</td> <td>13.1 Número de seguridad social o afiliación</td> </tr> <tr> <td>IMSS <input type="radio"/> 2</td> <td>PEMEX <input type="radio"/> 4</td> <td>SEMAR <input type="radio"/> 6</td> <td>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10</td> <td>Se ignora <input type="radio"/> 99</td> <td>13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</td> </tr> </table>		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación	IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)								
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación																
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	13.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)																
<p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <table border="0"> <tr> <td>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1</td> <td>IMSS <input type="radio"/> 3</td> <td>PEMEX <input type="radio"/> 5</td> <td>SEMAR <input type="radio"/> 7</td> <td>14.1 Nombre de la unidad médica</td> <td>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12</td> </tr> <tr> <td>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2</td> <td>ISSSTE <input type="radio"/> 4</td> <td>SEDENA <input type="radio"/> 6</td> <td>Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8</td> <td>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</td> <td>Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</td> </tr> </table>		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	<p>14.2 Nombre de la vialidad</p> <p>Valentín Gómez</p> <p>15.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>Benito Juárez, Benito Juárez</p>							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12																
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99																
<p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <p>112 Colonia Soledad Graciano S.</p> <p>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>78436 Soledad Graciano S.</p> <p>15.7 Código Postal</p> <p>15.8 Localidad</p>		<p>15.1 Tipo de vialidad</p> <p>15.9 Municipio o Alcaldía</p> <p>Soledad Graciano S. S. L.P.</p> <p>15.10 Entidad federativa</p>																			
<p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</p> <p>25/10/2020 03:38</p> <p>Día Mes Año Horas Minutos</p>		<p>17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>		<p>18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p>																	
<p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) Choque Séptico. Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) Neumonía por SARS-CoV-2 Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Diabetes Mellitus Tipo 2.</p>																					
<p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>E embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p>43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p>		<p>21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p>		<p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p>				<p>Uso exclusivo del personal clasificador</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN</p> <p>Código CIE</p>													
<p>22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique</p> <p>22.1.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>		<p>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?</p> <p>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</p>		<p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión</p> <table border="0"> <tr> <td>Vivienda particular <input type="radio"/> 0</td> <td>Área industrial <input type="radio"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1</td> <td>Área deportiva <input type="radio"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2</td> <td>Granja <input type="radio"/> 7</td> </tr> <tr> <td>Otro servicio <input type="radio"/> 5</td> <td>Calle o carretera <input type="radio"/> 4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(rancho o parcela) <input type="radio"/> 8</td> </tr> </table>		Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Granja <input type="radio"/> 7	Otro servicio <input type="radio"/> 5	Calle o carretera <input type="radio"/> 4		(rancho o parcela) <input type="radio"/> 8	<p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/(a) fallecido(a)</p>					
Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial <input type="radio"/> 6																				
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Área deportiva <input type="radio"/> 3																				
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Granja <input type="radio"/> 7																				
Otro servicio <input type="radio"/> 5	Calle o carretera <input type="radio"/> 4																				
	(rancho o parcela) <input type="radio"/> 8																				
<p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p>																					
<p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p>		<p>22.7.1 Tipo de vialidad</p>		<p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p>																	
<p>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior</p>		<p>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p>		<p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p>																	
<p>22.7.7 Código Postal</p>		<p>22.7.8 Localidad</p>		<p>22.7.9 Municipio o Alcaldía</p>		<p>22.7.10 Entidad federativa</p>															
<p>23. NOMBRE María Cecadaleye Hernández Espinosa</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p>						<p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</p> <p>Sobrina</p>															
<p>25. CERTIFICADA POR</p> <p>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Directivo Tum</p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 *Especifique</p>						<p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p>3207093</p> <p>Número de la cédula profesional</p>															
<p>27. NOMBRE Enriqueta Alicia Domínguez Verenue</p> <p>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</p>						<p>28. FIRMA</p> <p>Enriqueta Alicia Domínguez Verenue</p>															
<p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO Prolongación Valentín Gómez 112 Colonia Soledad Graciano S. S. L.P.</p> <p>29.1 Número del asentamiento humano 29.2 Código Postal</p> <p>29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior</p> <p>29.5 Tipo de asentamiento humano</p>																					
<p>29.6 Número del asentamiento humano</p> <p>29.7 Código Postal</p> <p>29.8 Localidad</p>																					
<p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN</p> <p>25/10/2020</p> <p>Día Mes Año</p>																					
<p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO</p> <p>Núm. _____, Libro Núm. _____</p> <p>31.1 Acta Núm. _____</p>		<p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p>32.1 Localidad</p>		<p>32.2 Municipio o Alcaldía</p>		<p>32.3 Entidad federativa</p>		<p>32.4 Día Mes Año</p>													

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