

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

FOLIO
140680678

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) APOLINAR MARTINEZ HERNANDEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO 062.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.57 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 08/01/1943 Día Mes Año		9. EDAD CUMPLIDA 071 Años cumplidos
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) VENUSTIANO CARRANZA No. 15 CENTRO AGUAZARCA 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL CAMESINO 13.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 8 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación:
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Nombre de la unidad médica 15.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.5 Nombre de la unidad médica 15.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.7 Nombre de la unidad médica 15.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.9 Nombre de la unidad médica 15.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.11 Nombre de la unidad médica 15.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.13 Nombre de la unidad médica 15.14 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.15 Nombre de la unidad médica 15.16 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.17 Nombre de la unidad médica 15.18 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.19 Nombre de la unidad médica 15.20 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.21 Nombre de la unidad médica 15.22 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.23 Nombre de la unidad médica 15.24 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.25 Nombre de la unidad médica 15.26 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.27 Nombre de la unidad médica 15.28 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.29 Nombre de la unidad médica 15.30 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.31 Nombre de la unidad médica 15.32 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.33 Nombre de la unidad médica 15.34 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.35 Nombre de la unidad médica 15.36 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.37 Nombre de la unidad médica 15.38 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.39 Nombre de la unidad médica 15.40 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.41 Nombre de la unidad médica 15.42 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.43 Nombre de la unidad médica 15.44 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.45 Nombre de la unidad médica 15.46 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.47 Nombre de la unidad médica 15.48 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.49 Nombre de la unidad médica 15.50 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.51 Nombre de la unidad médica 15.52 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.53 Nombre de la unidad médica 15.54 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.55 Nombre de la unidad médica 15.56 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.57 Nombre de la unidad médica 15.58 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.59 Nombre de la unidad médica 15.60 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.61 Nombre de la unidad médica 15.62 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.63 Nombre de la unidad médica 15.64 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.65 Nombre de la unidad médica 15.66 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.67 Nombre de la unidad médica 15.68 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.69 Nombre de la unidad médica 15.70 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.71 Nombre de la unidad médica 15.72 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.73 Nombre de la unidad médica 15.74 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.75 Nombre de la unidad médica 15.76 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.77 Nombre de la unidad médica 15.78 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.79 Nombre de la unidad médica 15.80 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.81 Nombre de la unidad médica 15.82 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.83 Nombre de la unidad médica 15.84 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.85 Nombre de la unidad médica 15.86 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.87 Nombre de la unidad médica 15.88 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.89 Nombre de la unidad médica 15.90 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.91 Nombre de la unidad médica 15.92 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.93 Nombre de la unidad médica 15.94 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.95 Nombre de la unidad médica 15.96 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.97 Nombre de la unidad médica 15.98 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.99 Nombre de la unidad médica 16.00 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN VENUSTIANO CARRANZA No. 15 AGUAZARCA 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad TAMAZUNCHALE SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14/01/2015 11:45 Día Mes Año Horas Minutos
18. ¿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		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) INSUFICIENCIA HEPÁTICA Debido a (o como consecuencia de) b) CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA Debido a (o como consecuencia de) c) ESOFAGO DE BARRIET Debido a (o como consecuencia de) d) ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA 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 morboso que la produjo TUBERCULOSIS PULMONAR		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 DIAS 20 AÑOS 5 AÑOS 25 AÑOS Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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 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		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 4 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 23.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.6 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
24. NOMBRE GABRIEL MARTINEZ SALVADOR Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo
26. 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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2278701 Número de la cédula profesional
28. NOMBRE BERNARD - AGUIRRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO
30. DOMICILIO CENTRO DE SALUD AGUAZARCA 31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16/01/2015 Día Mes Año
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 30		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tamazunchale 34.2 Municipio o delegación S.L.P. 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año 19/01/2015

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