



**SECRETARIA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y AL INFAMIENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

07  
105

40630678

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		APOLINAR		MARTINEZ		HERNANDEZ	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
		Hombre <input type="radio"/> 01		Mujer <input type="radio"/> 02		Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		042.000 Kilogramos		1.57 Metros		08 01 1943 Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Para menores de un año	
						Para personas de un año o más	
						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"/> 04		Separado(a) <input type="radio"/> 06		Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
VENUSTIANO CARRANZA No. 15		CENTRO		AGUAZARLA		SAN LUIS POTOSI	
11.4 Municipio o delegación							
12. ESCOLARIDAD		13. Ocupación Habitual					
Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 011 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 Sí <input checked="" type="radio"/> 02 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99					
Preescolar <input type="radio"/> 012 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 99							
IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09							
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
VENUSTIANO CARRANZA No. 15						SAN LUIS POTOSI	
16.4 Municipio o delegación							
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17.1 Día		17.2 Mes		17.3 Año	
14 6 1 2 0 1 5		11		4		5	
17.4 Horas		17.5 Minutos					
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input type="radio"/> 01		No <input type="radio"/> 02		Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Sí <input type="radio"/> 01		No <input checked="" type="radio"/> 02			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
PARTE I							
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) INSUFLACIÓN HEPÁTICA				Intervalo, aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		Debido a (o como consecuencia de)				3 DÍAS	
Causas antecedentes		b) CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA				Uso exclusivo del personal codificado Código CIE	
Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)				20 AÑOS	
		c) ESOFAGÍD DE BARRIET				5 AÑOS	
		d) ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA				25 AÑOS	
PARTE II							
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		TUBERCULOSIS PULMONAR					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 01		El parto <input type="radio"/> 02		El puerperio <input type="radio"/> 03	
43 días a 11 meses		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05				Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
después del parto o aborto <input type="radio"/> 04						Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 06	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 05	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión				Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.7 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. NOMBRE		GAMALIEL MARTINEZ SALVADOR		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		SISTEMAS INTEGRADOS SAN LUIS POTOSI	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		23.7.5 Entidad federativa	
26. CERTIFICADA POR							
Médico <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04		Autoridad civil <input type="radio"/> 05		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
				Otro <input type="radio"/> 08		Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE		BERNARD		AGUZADA		2278701	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
30. DOMICILIO		CENTRO DE SALUD AGUZADA		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
				ATEN		16 01 2015	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. 01 Libro Núm. 05		34.1 Localidad		TAMAZUNCHALE			
33.1 Acta Núm. 30		34.2 Municipio o delegación		TAMAZUNCHALE		S.L.P.	
						19012015	
34.3 Entidad federativa							
34.4 Día Mes Año							

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