

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) JOSE JAVIER TAIBUEZA AINARADO Nombre(s)Apellido paternoApellido materno		
	2. CURP 		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9
	6. PESO KilogramosGramos		7. TALLA MetrosCentímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO 29/08/1988 DíaMesAño		
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una horaMinutosPara menores de un díaHorasPara menores de un mesDíasPara menores de un añoMesesPara personas de un año o másAños cumplidos 029Se ignora ☐ 9		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☒ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) CALLE DANIEL 432 FRACCIONAMIENTO LA LOMITA 2da SECCION 11.1 Calle y número11.2 Colonia11.3 Localidad SOLEDAD DE GARCIBLANCO SANCHEZ SAN LUIS POTOSI 11.4 Municipio o delegación11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10		
13. OCUPACIÓN HABITUAL CADINEROSe ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99			
14.1 Número de seguridad social o afiliación 2414034276-1			
DE LA DEFUNCION	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 8 Otra unidad pública ☐ 8 HOSPITAL GENERAL DE SOLEDAD 15.1 Nombre de la unidad médica SP054017313 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION PROLACION VIGILANTIN AMADOR 1112, COLONIA RIVAS GUILLÉN 16.1 Calle y número16.2 Colonia16.3 Localidad SOLEDAD DE GARCIBLANCO SANCHEZ SAN LUIS POTOSI 16.4 Municipio o delegación16.5 Entidad federativa		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 24/08/2015 07:00 DíaMesAñoHorasMinutos		
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 1 No ☒ 2		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Tromboembolia pulmonar aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonia intrahospitalaria Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo STATUS EPILEPTICO RABDOMIOLISIS		
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 30 min. 4 días		
	Código CIE 		
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE		
	22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☐ 2			
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☐ 2			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9		
	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9		
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 		
	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 		
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número23.7.2 Colonia23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación23.7.5 Entidad federativa		
	24. NOMBRE JAVIER TAIBUEZA AINARADO Nombre(s)Apellido paternoApellido materno		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4354808 Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE JOSE MANUEL DANIEL PINTOZ Nombre(s)Apellido paternoApellido materno			
29. TELÉFONO 			
30. DOMICILIO PROLACION VIGILANTIN AMADOR 1112, COLONIA RIVAS GUILLÉN, SOLEDAD DE GARCIBLANCO SANCHEZ, SAN LUIS POTOSI			
31. FIRMA 			
32. FECHA DE CERTIFICACION 24/08/2015 DíaMesAño			
33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad			



150669197