



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

FOLIO

150670789

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTÁ COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Mexica</u> Apellido paterno <u>Rivera</u> Apellido materno <u>Martinez</u>		
2. CURP	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 99	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>10</u> <u>05</u> <u>19</u> <u>21</u>		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos <u>94</u> Se ignora ☐ 9		
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). 11.1 Calle y número <u>República del Salvador 933</u> 11.2 Colonia <u>San Francisco</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 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 13.1 Trabajaba SI ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 <u>Ama de casa</u> Se ignora ☐ 99		
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 <u>241079776-01</u>		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.4 Entidad federativa		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>República del Salvador 933</u> 16.2 Colonia <u>San Francisco</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <u>10</u> <u>05</u> <u>15</u> <u>09</u> <u>14</u>		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI ☐ 1 No ☒ 2		

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador
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>Embarazo complicado por la conunción</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Insuficiencia Renal Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de)		<u>2 días</u>	Código CIE
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
22. SI LA DEFUNCIÓN 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
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			

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)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 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 número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	
--	--

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) <u>Araceli</u> Apellido paterno <u>Torres</u> Apellido materno <u>Díaz</u>	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Sobrina política</u>
--	---

DEL CERTIFICANTE

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 Número de la cédula profesional <u>5165572</u>
28. NOMBRE Nombre(s) <u>José Francisco</u> Apellido paterno <u>Mendoza</u> Apellido materno <u>Esquivel</u>		29. TELÉFONO <u>32601010</u>
30. DOMICILIO <u>República del Salvador 933</u>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>10</u> <u>05</u> <u>15</u>
31. FIRMA <u>[Firma]</u>		

L. REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad
---	---



150670789