



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

MIGRACIÓN 2012

FOLIO

150671547

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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Luis Angel		Zacaraz	Rocha.	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		
2. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO	4. NACIONALIDAD	
		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO	
SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos	Gramos	Metros	Centímetros	
9. EDAD		10. ESTADO CONYUGAL	11. RESIDENCIA HABITUAL			
CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	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
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11.1 Calle y número Aranda # 70				
		11.2 Colonia Calvario				
		11.3 Localidad Villa de Reyes				
		11.4 Municipio o delegación Villa de Reyes				
		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí				
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input 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		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 9		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		
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 Se ignora <input type="radio"/> 99				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		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15.1 Nombre de la unidad médica		
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada		C.S. Villa de Reyes		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número Bustamante #8		16.2 Colonia		
		16.3 Localidad Villa de Reyes		16.4 Municipio o delegación		
				16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
05 10 12 01 5 12:35		Dia Mes Año Horas Minutos		SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		
{				No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4		
a) Broncoaspiración		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
Debido a (o como consecuencia de)		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
b) Bronquitis Aguda						
Debido a (o como consecuencia de)						
c) Epilepsia						
Debido a (o como consecuencia de)						
d)						
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo				23.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique		
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.1 Fue un presunto		23.4.1 Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		23.4.2 Otro <input type="radio"/> 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	Raquel Adriana Rocha		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
	Nombre(s)	Apellido paterno		Apellido materno		
					Madre	
	26. CERTIFICADA POR					27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

0671547