

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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.

150672176

Formulario de defunción (Certificado de defunción) en español, con campos para datos personales, familiares, médicos y legales. Incluye secciones para el fallecido, causas de defunción, lugar de defunción y datos del certificador.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s): FRANCISCO
Apellido paterno: Amador
Apellido materno: SILVA

2. CURP
[Espacios para el CURP]

3. SEXO
Hombre ☒ 01 Mujer ☐ 02

4. NACIONALIDAD
Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09

6. PESO
Kilogramos: [] Gramos: []

7. TALLA
Metros: [] Centímetros: []

8. FECHA DE NACIMIENTO
Día: 06 Mes: 10 Año: 1940

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: 74 Años cumplidos

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: []

10. ESTADO CONYUGAL
En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☒ 05 Se ignora ☐ 09

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
11.1 Calle y número: LAURELES N° 302
11.2 Colonia: EL BOSQUE
11.3 Localidad: RIO VERDE
11.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): 0001

12. ESCOLARIDAD
Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09
Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☒ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL
13.1 Trabajaba: Si ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09
Ocupación: CHOFER 55

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☐ 07 Otra ☐ 08
IMSS ☒ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09

14.1 Número de seguridad social o afiliación: 3193400069

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☒ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09
IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08
15.1 Nombre de la unidad médica: 1692 N° 4 RIO VERDE
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): []

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número: HOMINADO 29
16.2 Colonia: CENTRO
16.3 Localidad: RIO VERDE
16.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ
16.5 Entidad federativa: 0001

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
Día: 04 Mes: 09 Año: 2015 Horas: 04 Minutos: 30

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Sí ☐ 01 No ☒ 02

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) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Debido a (o como consecuencia de): []
b) Enfisema pulmonar
Debido a (o como consecuencia de): []
c) Secuelas de Tuberculosis
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 morboso que la produjo:
candidiasis oral

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE: J439, J439, A169, B370

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03
43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
Sí ☐ 01 No ☐ 02

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
Sí ☐ 01 No ☐ 02

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un presunto:
Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04
Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09
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 número: [] 23.7.2 Colonia: [] 23.7.3 Localidad: []
23.7.4 Municipio o delegación: [] 23.7.5 Entidad federativa: []

24. NOMBRE
Nombre(s): ANGEL Heracio
Apellido paterno: Amador
Apellido materno: DON
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hijo 02

26. CERTIFICADA POR
Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08

27. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO
Número de la cédula profesional: 1646630

28. NOMBRE
Nombre(s): Jorge
Apellido paterno: Trinidad
Apellido materno: Luis
29. TELÉFONO: 487-81 20350

30. DOMICILIO
HOMINADO 29 CENTRO
RIO VERDE SAN LUIS POTOSÍ
31. FIRMA: [Firma]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Día: 04 Mes: 09 Año: 2015

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
01 Núm. 05 Libro Núm. 464
33.1 Acta Núm. 464

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad: RIOVERDE
34.2 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ
34.3 Entidad federativa: []
34.4 Día: 04 Mes: 09 Año: 2015

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