



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

FOLIO

150672749

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

BRUNA

RUBIO

MONTICO

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

ABMU8268100624M000

Se ignora

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

4. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se ignora

6. PESO

50

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

1

Metros

50

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

07

1

01

9

6

8

Día

Mes

Año

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

Se ignora

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

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Soltero(a)

Casado(a)

Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

DOMICILIO CONOCIDOS

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

SAN PEDRO

11.3 Localidad

SANTA CATARINA

11.4 Municipio o delegación

031

SAN LUIS POTOSÍ

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria incompleta

Secundaria incompleta

Bachillerato o preparatoria incompleta

Profesional

Se ignora

Preescolar

Primaria completa

Secundaria completa

Bachillerato o preparatoria completa

Posgrado

Se ignora

13. OCUPACIÓN HABITUAL

HOGAR

13.1 Trabajaba

Sí

No

Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

Se ignora

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS Oportunidades

Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Unidad médica privada

IMSS Oportunidades

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública

Otro lugar

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar

Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

DOMICILIO CONOCIDOS

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

SAN PEDRO

16.3 Localidad

SANTA CATARINA

16.4 Municipio o delegación

031

SAN LUIS POTOSÍ

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

28

09

20

15

04

:00

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d) Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

SMU

Uso exclusivo del personal codificador
Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

El parto

El puerperio

43 días a 11 meses después del parto o aborto

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

Se ignora

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí

No

Uso exclusivo del personal codificador
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente

Homicidio

Suicidio

Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

No

Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Área deportiva

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

Calle o carretera (vía pública)

Escuela u oficina pública

Área comercial o de servicios

Se ignora

Área industrial (taller, fábrica u obra)

Granja (rancho o parcela)

Otro

Se ignora

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

TRANQUILINO MONTICO

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Esposo

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil

Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

6119580

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

MIGUEL ANGEL GARCIA UNCIAS

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

SAN PEDRO, SANTA CATARINA, SLP.

31. FIRMA

Miguel Angel Garcia Uncias

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

2

11

02

20

15

Día

Mes

Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm.

01

Libro Núm.

05

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

SANTA CATARINA

34.2 Fecha de registro

031 SANTA CATARINA

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.



150672749