



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150673816

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Dayra Yulisa

Nombre(s)

Gonzalez

Apellido paterno

Anastacio

Apellido materno

2. CURP

Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO

2 Kilogramos

595 Gramos

3. SEXO

Hombre 1

Mujer 2

Se ignora 99

Otra 2

Se ignora 99

4. NACIONALIDAD

Mexicana 1

Otra 2

Se ignora 99

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 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 0116934656

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL

Damian Carmona #71

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

El Aguacate

11.3 Localidad

Aquismón

11.4 Municipio o delegación

San Luis Potosí

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

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

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9 Hospital General De Cd Valles
IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica

SPSSA000356

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 DEFUNCIÓN

Carretera México Laredo km 7 Fraccionamiento Oxitipa
16.1 Calle y número 16.2 Colonia
Ciudad Valles

16.3 Localidad

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

06 04 2015 04:55
Día Mes Año Horas Minutos

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

Sí 1 No 2 Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Neumonía Adquirida en la comunidad severa
Debido a (o como consecuencia de)
b) Acidosis Metabólica Descompensada
Debido a (o como consecuencia de)
c) Escabiosis
Debido a (o como consecuencia de)
d) Desnutrición severa

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

7 días

7 días

7 días

7 días

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

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 1 El parto 2 El puerperio 3 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?

Sí 1 No 2

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

Sí 1 No 2

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

23.1 Fue un presunto accidente 1 Homicidio 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Accidente 1 Homicidio 2 Calle o carretera (vía pública) 4

Suicidio 3 Se ignora 99 Escuela u oficina pública 2

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

Área comercial o de servicios 5 Se ignora 9

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

Celerina

Nombre(s)

Gonzalez

Apellido paterno

Anastacio

Apellido materno

Madre

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

5402353 Número de la cédula profesional

26. CERTIFICADA POR

Médico tratarante 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

28. NOMBRE

Reynaldo

Nombre(s)

Soria

Apellido paterno

Delgado

Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

Carretera México Laredo km7, fracc.

Oxitipa, Cd. Valles, S.L.P.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

06 04 2015

Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

33.1 Acta Núm. _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad _____

34.2 Municipio o delegación _____

34.3 Entidad federativa _____

34.4 Día Mes Año _____

34.5 Día Mes Año _____

34.6 Día Mes Año _____

34.7 Día Mes Año _____

34.8 Día Mes Año _____

34.9 Día Mes Año _____

34.10 Día Mes Año _____

34.11 Día Mes Año _____

34.12 Día Mes Año _____

34.13 Día Mes Año _____

34.14 Día Mes Año _____

34.15 Día Mes Año _____

34.16 Día Mes Año _____

34.17 Día Mes Año _____

34.18 Día Mes Año _____

34.19 Día Mes Año _____

34.20 Día Mes Año _____

34.21 Día Mes Año _____

34.22 Día Mes Año _____

34.23 Día Mes Año _____

34.24 Día Mes Año _____

34.25 Día Mes Año _____

34.26 Día Mes Año _____

34.27 Día Mes Año _____

34.28 Día Mes Año _____

34.29 Día Mes Año _____

34.30 Día Mes Año _____

34.31 Día Mes Año _____

34.32 Día Mes Año _____

34.33 Día Mes Año _____

34.34 Día Mes Año _____

34.35 Día Mes Año _____

34.36 Día Mes Año _____

34.37 Día Mes Año _____

34.38 Día Mes Año _____

34.39 Día Mes Año _____

34.40 Día Mes Año _____

34.41 Día Mes Año _____

34.42 Día Mes Año _____

34.43 Día Mes Año _____

34.44 Día Mes Año _____

34.45 Día Mes Año _____

34.46 Día Mes Año _____

34.47 Día Mes Año _____

34.48 Día Mes Año _____

34.49 Día Mes Año _____

34.50 Día Mes Año _____

34.51 Día Mes Año _____

34.52 Día Mes Año _____

34.53 Día Mes Año _____

34.54 Día Mes Año _____

34.55 Día Mes Año _____

34.56 Día Mes Año _____

34.57 Día Mes Año _____

34.58 Día Mes Año _____

34.59 Día Mes Año _____

34.60 Día Mes Año _____

34.61 Día Mes Año _____

34.62 Día Mes Año _____

34.63 Día