



SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150674032

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <i>Agustina</i>		Apellido paterno <i>Martínez</i>		Apellido materno <i>Miguel</i>	
2. CURP <i>MAMAG680928MSPL66016</i>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO Kilogramos <input type="radio"/> Gramos <input type="radio"/>		7. TALLA Metros <input type="radio"/> Centímetros <input type="radio"/>	
8. FECHA DE NACIMIENTO 28 09 1968		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años <input type="radio"/> 46 Se ignora <input type="radio"/> 99		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <i>San Antonio Huizquileco s/n</i>		11.1 Calle y número <i>Xilitla</i>		11.2 Colonia <i>San Luis Potosí</i>	
11.4 Municipio o delegación <i>Xilitla</i>		11.5 Localidad <i>San Luis Potosí</i>		11.6 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i>	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" 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		13. Ocupación habitual <i>hacer</i>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <i>San Antonio Huizquileco s/n</i>		16.1 Calle y número <i>Xilitla</i>		16.2 Colonia <i>San Luis Potosí</i>	
16.4 Municipio o delegación <i>Xilitla</i>		16.3 Localidad <i>San Luis Potosí</i>		16.5 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 06 01 2014 20:00:00		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) <i>Falla orgánica multiple</i> Debido a (o como consecuencia de)		b) <i>Cetoacidosis diabética</i> Debido a (o como consecuencia de)	
		c) <i>diabetes mellitus</i> Debido a (o como consecuencia de)		d) <i>10 años</i>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 02	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 6 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		El puerperio <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 02		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		23.8 Entidad federativa	
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación				23.8.1 Entidad federativa	
24. NOMBRE Nombre(s) <i>Martínez</i>		Apellido paterno <i>Floreo</i>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Apellido materno <i>Santiago</i>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		28. NOMBRE Nombre(s) <i>José Jael</i>	
28. NOMBRE Nombre(s) <i>José Jael</i>				29. TELÉFONO <i>844-067</i>	
30. DOMICILIO <i>Callejón km 2.78 San Antonio Huizquileco s/n</i>		31. FIRMA <i>José Jael</i>		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19 01 2015	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <i>02</i> Libro Núm. <i>05</i> 33.1 Acta Núm. <i>00002</i>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <i>Xilitla</i>		34.3 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i>	
		34.2 Municipio o delegación <i>San Pedro Huizquileco</i>		34.4 Día <i>24</i> Mes <i>01</i> Año <i>2015</i>	

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

150674032