



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

FOLIO
150674136

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Juana</u> Apellido paterno <u>Hernandez</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>		
2. CURP <u>HEHJG90801HSPRRNOS</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	6. PESO <u>45</u> Kilogramos <u>000</u> Gramos	7. TALLA <u>1</u> Metros <u>60</u> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>01</u> Día <u>08</u> Mes <u>1969</u> Año		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>45</u> Años cumplidos
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>San Juanito S/N San Juanito</u> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia <u>San Francisco</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
12. ESCOLARIDAD 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 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		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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 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 <u>2402128051-1</u>
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 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.4 Municipio o delegación <u>Arriaga</u> 15.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Tamazunchale</u> 16.2 Colonia <u>Arriaga</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>02</u> Día <u>01</u> Mes <u>2015</u> Año <u>04</u> Horas <u>30</u> Minutos
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) <u>Infarto Agudo Miocárdico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Desequilibrio Hidroelectrolítico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Desnutrición Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Candida Oral</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Hipertensión Arterial</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 Semanas</u> <u>3 Semanas</u> <u>3 Semanas</u> <u>2 años</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>3</u> <u>3</u> <u>3</u> <u>2</u>
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 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 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u>3 Semanas</u> <u>3 Semanas</u> <u>3 Semanas</u> <u>2 años</u>
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		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>3</u> <u>3</u> <u>3</u> <u>2</u>
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Carmelo</u> Apellido paterno <u>Moran</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7467999</u> Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Hiram</u> Apellido paterno <u>Rodriguez</u> Apellido materno <u>Vazquez</u>		29. TELÉFONO <u>833 2 399402</u>
30. DOMICILIO <u>Col. B. San Juanito Tamazunchale S.L.P.</u> <u>San Francisco</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13</u> Día <u>01</u> Mes <u>2015</u> Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 33.1 Acta Núm. <u>24</u>
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 34.2 Municipio o delegación <u>S.L.P.</u> 34.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 34.4 Día <u>14</u> Mes <u>01</u> Año <u>2015</u>		

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