



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
FOLIO 150674312
PÁGINA 2013
ES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maximo Hernández Rubio	
2. CURP		HEP4460921HSPRBX05 Se ignora O ₉₉	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	
SI O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉		060 Kilogramos Gramos	
7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
11.65 Metros Centímetros		21 09 1946 Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
Para menores de una hora Minutos		9.2 Para menores de un día Horas	
9.3 Para menores de un mes Días		9.4 Para menores de un año Meses	
9.5 Para personas de un año o más Años cumplidos		9.6 Se ignora O ₉	
10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
En unión libre O ₄ Separado(a) O ₆ Divorciado(a) O ₃ Viudo(a) O ₂ Soltero(a) O ₁ Casado(a) O ₅ Se ignora O ₉		Lazaro Cárdenas #12 Chicastita Chicastita San Luis Potosí 11.3 Localidad	
11.1 Calle y número 11.2 Colonia		11.4 Municipio o delegación	
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD	
Ninguna O ₁ Primaria incompleta O ₂ Secundaria incompleta O ₄ Bachillerato o preparatoria incompleta O ₁₁ Profesional O ₇ Se ignora O ₉₉		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
Preescolar O ₁₂ Primaria completa O ₃ Secundaria completa O ₅ Bachillerato o preparatoria completa O ₆ Posgrado O ₁₀		Campesino Se ignora O ₉₉	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna O ₁ ISSSTE O ₃ SEDENA O ₅ Seguro Popular O ₇ Otra O ₈		2402111635	
IMSS O ₂ PEMEX O ₄ SEMAR O ₆ IMSS Oportunidades O ₁₀ Se ignora O ₉₉		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud O ₁ IMSS O ₃ PEMEX O ₅ SEMAR O ₇ Unidad médica privada O ₉		15.1 Nombre de la unidad médica	
IMSS Oportunidades O ₂ ISSSTE O ₄ SEDENA O ₆ Otra unidad pública O ₈		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad	
Carr a San Martín Km3 Zacatipan		San Luis Potosí	
16.1 Calle y número 16.2 Colonia		16.4 Municipio o delegación	
Tamaulipas		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
10 02 2015 05:58		Sí O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉	
Día Mes Año Horas Minutos		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Sí O ₁ No O ₂	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) Choque cardiogénico Debido a (o como consecuencia de)		20 min	
b) Edema agudo de pulmón Debido a (o como consecuencia de)		20 hrs	
c) Enfermedad Pulmon Obstructiva Crónica crónicas Debido a (o como consecuencia de)		24 hrs	
d) Enfermedad Pulmon Obstructiva Crónica		1 mes	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		30 años	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Exposición a humo de leña			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
El embarazo O ₁ El parto O ₂ El puerperio O ₃		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
43 días a 11 meses después del parto o aborto O ₄		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O ₅	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		Sí O ₁ No O ₂	
22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?		Sí O ₁ No O ₂	
23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.1 Fue un presunto Accidente O ₁ Homicidio O ₂ Suicidio O ₃ Se ignora O ₉		Vivienda particular O ₀ Área industrial (taller, fábrica u obra) O ₆	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área deportiva O ₃ Granja (rancho o parcela) O ₇	
Sí O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉		Calle o carretera (vía pública) O ₄ Otro O ₈	
23.3.1 Sitio donde ocurrió la lesión		Área comercial de servicios O ₅ Se ignora O ₉	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) 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		Antonio Hernández	
Gaudencia Nombre(s)		Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Esposa	
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante O ₁ Médico legista O ₂ Otro médico O ₃ Persona autorizada por la Secretaría de Salud O ₄ Autoridad civil O ₅ Otro O ₈		5730568 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE		29. TELÉFONO	
Cesar Alberto Coja Martínez		4833620397	
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
30. DOMICILIO		31. FIRMA	
Carr a San Martín Km 3, Zacatipan			
Tamaulipas, San Luis Potosí		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
		10022015	