



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

Modelo 2015
FOLIO

150676334

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Lopezino Germán		Máquez Antonio	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
M A A Z I 4 1 0 3 0 1 5 P R N F A 9 Se ignora 99		Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		07.000 Kilogramos Gramos		0.68 Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO		9. EDAD		10. ESTADO CONYUGAL	
30/10/2017		CUMPLIDA Para menores de una hora		En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL		11.1 Calle y número		11.2 Colonia	
LOS 01105 17		Vega Zarza		Vega Zarza	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Localidad		11.6 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
TAMUZUNCHALE		San Luis Potosí		Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. ESCOLARIDAD		13.1 Trabajaba		13.2 No trabajaba	
Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
Incompleta <input type="checkbox"/> O2 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> O4 Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> O6 Posgrado <input type="checkbox"/> O10		O7		O8	
Preescolar <input type="checkbox"/> O12 Primaria completa <input type="checkbox"/> O3 Secundaria completa <input type="checkbox"/> O5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> O6		IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> O6 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> O10		Se ignora <input type="checkbox"/> O99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		14.2 Número de seguro social o afiliación	
Ninguna <input type="checkbox"/> O1 ISSSTE <input type="checkbox"/> O3 SEDENA <input type="checkbox"/> O5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> O7 Otra <input type="checkbox"/> O8		Hospital Rumi Pascuala 44.		Vía pública <input type="checkbox"/> O10 Otro lugar <input type="checkbox"/> O12	
IMSS <input type="checkbox"/> O2 PEMEX <input type="checkbox"/> O4 SEMAR <input type="checkbox"/> O6 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> O10		15.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input type="checkbox"/> O11 Se ignora <input type="checkbox"/> O99	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Localidad	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> O1 IMSS <input type="checkbox"/> O3 PEMEX <input type="checkbox"/> O5 SEMAR <input type="checkbox"/> O7 Unidad médica privada		16.1 Calle y número		TAMUZUNCHALE	
IMSS Oportunidades <input checked="" type="checkbox"/> O2 ISSSTE <input type="checkbox"/> O4 SEDENA <input type="checkbox"/> O6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> O8		16.2 Colonia		San Luis Potosí	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación	
Calle a San Martín Km3		TAMUZUNCHALE		San Luis Potosí	
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
17.5 10 5 2017 00:45		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O99		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O99	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		3 nox		El embarazo <input type="checkbox"/> O1 El parto <input type="checkbox"/> O2 El puerperio <input type="checkbox"/> O3	
Causas antecedentes		1.2 norm		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> O4 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> O5	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Código CIE		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> O1 Homicidio <input type="checkbox"/> O2 Suicidio <input type="checkbox"/> O3 Se ignora <input type="checkbox"/> O9		Vivienda particular <input type="checkbox"/> O1 Se ignora <input type="checkbox"/> O9		Área Industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="checkbox"/> O6 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> O7 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> O4 Otra <input type="checkbox"/> O8 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> O5 Se ignora <input type="checkbox"/> O9	
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		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR	
Nombre(s) Lopezino		Apellido paterno Antonio		Apellido materno Hipólito	
26.1 Médico tratante <input type="checkbox"/> O1 Médico legista <input type="checkbox"/> O2 Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> O3		26.2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> O4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> O5 Otro <input type="checkbox"/> O8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
26.3 Número de la cédula profesional 8002182		28. NOMBRE		29. TELÉFONO	
28.1 Nohemi Liliana		Apellido paterno López		Apellido materno Quetzal	
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	

EN IREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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 PARTICULARS.

150676334