



11

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

FOLIO

150676422

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Barrio neta Jasso Romero	
2. CURP J A R B 74 06 18 M S P S M N 05	3. SEXO Hombre ☒ 01 Mujer ☐ 02
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ 02 Se ignora ☐ 09
6. PESO 62.00 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.48 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 11/06/1974	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 41
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09	11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Lazaro Cardenas No. 18 11.2 Colonia Rancho Nuevo 11.3 Localidad Axtla de Terrazas 11.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 11.5 Entidad federativa o país (al residir en el extranjero)
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☒ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de Casa Se ignora ☐ 09 13.1 Trabajaba ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2402110362-1
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☒ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08	15.1 Nombre de la unidad médica HRP 16 Santa Catarina 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 09
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Blvd. al COBACH 136 Colonia Santa María 2 Axtla de Terrazas 16.1 Calle y número 16.2 Colonia Axtla de Terrazas 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/11/2015 23:50 Día Mes Año Horas Minutos
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD QUE LE LLEVO A LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
19. ¿SE REALIZÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Tromboembolia Pulmonar Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Insuficiencia Venosa	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 10 minutos 3 meses	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 El parto ☒ 02 No estuvo embarazada en los últimos meses previos a la muerte ☐ 05 El puerperio ☐ 03 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones antes del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09 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 Patricio Mejia Medina Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Pareja	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5268540 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Sofia Varela Basilio Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO Libramiento Cobach #136, Col. Santa María #2, Axtla de Terrazas	
31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/11/2015 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 118	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Axtla de Terrazas, S.L.P. 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año 06/10/2015	

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