



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

Modelo 2015  
FOLIO

150676493

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maclovia Juarez Gutierrez					
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno							
2. CURP JUGMIG111115MSPRTC09 Se ignora O <sub>99</sub>		3. SEXO Hombre O <sub>1</sub> Mujer O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>		4. NACIONALIDAD Mexicana O <sub>1</sub> Otra O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>		6. PESO 40.00 Kilogramos Gramos		7. TALLA 1.46 Metros Centímetros			
8. FECHA DE NACIMIENTO 15 11 19 61 Día Mes Año		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 53 Se ignora O <sub>9</sub>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre O <sub>4</sub> Separado(a) O <sub>6</sub> Divorciado(a) O <sub>3</sub> Viudo(a) O <sub>2</sub> Soltero(a) O <sub>1</sub> Casado(a) O <sub>5</sub> Se ignora O <sub>9</sub>			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Francisco I. Madero 45 11.1 Calle y número 11.2 Colonia Xilitla 11.4 Municipio o delegación		11.3 Localidad Iztacapa		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí			
12. ESCOLARIDAD Ninguna O <sub>1</sub> Primaria incompleta O <sub>2</sub> Secundaria incompleta O <sub>4</sub> Bachillerato o preparatoria incompleta O <sub>11</sub> Profesional O <sub>7</sub> Se ignora O <sub>99</sub> Preescolar O <sub>12</sub> Primaria completa O <sub>3</sub> Secundaria completa O <sub>5</sub> Bachillerato o preparatoria completa O <sub>6</sub> Posgrado O <sub>10</sub>		13. OCUPACIÓN HABITUAL Amade Casa Se ignora O <sub>99</sub>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna O <sub>1</sub> ISSSTE O <sub>3</sub> SEDENA O <sub>5</sub> Seguro Popular O <sub>7</sub> Otra O <sub>8</sub> IMSS O <sub>2</sub> PEMEX O <sub>4</sub> SEMAR O <sub>6</sub> IMSS Oportunidades O <sub>10</sub> Se ignora O <sub>99</sub>		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud O <sub>1</sub> IMSS O <sub>3</sub> PEMEX O <sub>5</sub> SEMAR O <sub>7</sub> Unidad médica privada O <sub>9</sub>		15.1 Nombre de la unidad médica		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Francisco I. Madero 45 16.1 Calle y número 16.2 Colonia Iztacapa 16.3 Localidad San Luis Potosí		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11 09 2015 01:30 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
{ a) Infarto Agudo al miocardio Debido a (o como consecuencia de)		El embarazo O <sub>1</sub> El parto O <sub>2</sub> El puerperio O <sub>3</sub>		Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>		Área industrial (taller, fábrica u obra) O <sub>6</sub> Granja (rancho o parcela) O <sub>7</sub> Otro O <sub>8</sub>	
b) Insuficiencia Cardiaca Debido a (o como consecuencia de)		43 días a 11 meses O <sub>4</sub> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O <sub>5</sub>		Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>		Calle o carretera (vía pública) O <sub>4</sub> Área comercial o de servicios O <sub>5</sub> Se ignora O <sub>9</sub>	
c) Debido a (o como consecuencia de)		d) Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		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 Vicencio Hernandez Juarez		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo			
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		26. CERTIFICADA POR Médico O <sub>1</sub> Médico O <sub>2</sub> Otro médico O <sub>3</sub> Persona autorizada por la Secretaría de Salud O <sub>4</sub> Autoridad civil O <sub>5</sub> Otro O <sub>8</sub>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7049328 Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE Cpt. Alfonso Martinez Betancourt		Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO 4831050369			
30. DOMICILIO Iztacapa, Xilitla, S.L.P.		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14 09 2015 Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 03 Libro Núm. 03		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Xilitla		34.3 Entidad federativa San Luis Potosí 34.4 Día Mes Año			
33.1 Acta Núm. 109		34.2 Municipio o delegación					

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