



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 274

150676655

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)**

Betuel

Nombre(s)

Sartinez

Apellido paterno

Hernández

Apellido materno

**2. CURP**

M A H B D O 1 0 7 M S P R R T O 1 Se ignora  99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 6. PESO 7. TALLA 8. FECHA DE NACIMIENTO

Si  1 No  2 Se ignora  9 Kilogramos Gramos Metros Centímetros Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más

Minutos Horas Días Meses Años cumplidos Se ignora  9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

**10. ESTADO CONYUGAL**

En unión libre  4 Separado(a)  6 Divorciado(a)  3 Viudo(a)  2 Soltero(a)  1 Casado(a)  5 Se ignora  0

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Francisco I. Madero 32

Las Dunas

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

Coxcatlán

San Luis Potosí

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna  1 Primaria incompleta  2 Secundaria incompleta  4 Bachillerato o preparatoria incompleta  11 Profesional  7 Se ignora  99

Preescolar  12 Primaria completa  3 Secundaria completa  5 Bachillerato o preparatoria completa  6 Posgrado  10 Se ignora  9

**13. OCUPACIÓN HABITUAL**

Ninguna  1 ISSSTE  3 SEDENA  5 Seguro Popular  7 Otra  8 IMSS  2 PEMEX  4 SEMAR  6 IMSS Oportunidades  10 Se ignora  99

14.1 Número de seguridad social o afiliación 2413125193

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  1 IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 Unidad médica privada Hospital General Valles

IMSS Oportunidades  2 ISSSTE  4 SEDENA  6 Otra unidad pública 15.1 Nombre de la unidad médica

Hospital General Valles Vía pública  10 Otro lugar  12 Hogar  11 Se ignora  99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Ca. Valles 16.2 Colonia San Luis Potosí 16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 31 05 2015 16:00:00 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Dia Mes Año Horas Minutos Si  1 No  2 Se ignora  99 Si  1 No  2

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

a) Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia respiratoria Aguda

b) Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia respiratoria aguda fulminante

c) Debido a (o como consecuencia de) Piscina por entre piedras no especificado

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 morboso que la produjo

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo  1 El parto  2 El puerperio  3 Si  1 No  2 Si  1 No  2

43 días a 11 meses después del parto o aborto  4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si  1 No  2 Si  1 No  2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si  1 No  2 Si  1 No  2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

23.1 Fue un presunto Accidente  1 Homicidio  2 Si  1 No  2 Si  1 No  2

Suicidio  3 Se ignora  9 Se ignora  9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular  0 Área deportiva  3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  1 Calle o carretera (vía pública)  4

Escuela u oficina pública  2 Área comercial  5 Se ignora  9

Área industrial (taller, fábrica u obra)  6 Granja (rancho o parcela)  7 Otro  8

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 Karina Sánchez Hernández

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno Pareja

26. CERTIFICADA POR Médico  1 Médico legista  2 Otro médico  3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Autoridad civil  5 Otro  8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1501483 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE Jorge Alberto Gutiérrez González

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno J. FIRMA

MÉXICO LAREDO KM 7 FRACCIONAMIENTO OXITIPAT CD VALLES SUP. DÍA 10 MES 05 AÑO 2015

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. Libro Núm.

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

150 676655

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

\* SI LA DEFUNCIÓN NO FUERA CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN DEL CERTIFICANTE DEL INF. DEL REG. CIVIL

150676655