



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

26 13 FOLIO
150677575

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ma de la Luz Almedarez Nombre(s) Apellido paterno		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
2. CURP AEP L 64 10 4 11 2 M S I P L T Z 015		6. PESO 108.0 Kilogramos		8. FECHA DE NACIMIENTO 12/04/2015	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒		7. TALLA 1.50 Metros		9. EDAD CUMPLIDA 051 Años	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒			
11. RESIDENCIA HABITUAL Las Azucenas 50 La Ventilla 11.1 Calle y número 11.2 Colonia		13. OCUPACIÓN HABITUAL Comercio Industrial			
12. ESCOLARIDAD Primaria incompleta ☒		14.1 Número de seguridad social o afiliación 41076401611F1964OR			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Cuauhtémoc y Benigno arrastra SIN Centro 16.1 Calle y número 16.2 Colonia		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ☒			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 03/06/2015 03:30 Día Mes Año Horas Minutos		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Falla Orgánica Múltiple b) Neumonia c) Cáncer de Tiroides d) Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE R68B1 J18.9 C73 J98			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐			
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No ☒		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐			
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		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano	
24. NOMBRE Jose Carlos Almedarez Nombre(s) Apellido paterno		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4792374 Número de la cédula profesional			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐		29. TELÉFONO			
28. NOMBRE Jose Miguel Barrera Diaz Nombre(s) Apellido paterno		31. FIRMA			
30. DOMICILIO Coahuilmas y Benigno arrastra SIN Centro		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03/06/2015 Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 02 Libro Núm. 118		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año			

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