Modelo 2015

FOLIO 150677557

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Fatima (Nombre(s)) Loredo (Apellido paterno) Perez (Apellido materno)

2. CURP: Se ignora ⊗99

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ⊗2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

6. PESO: 052.600 (Kilogramos . Gramos)

7. TALLA: 1.62 (Metros . Centímetros)

8. FECHA DE NACIMIENTO: 29 12 1990 (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 024 (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 ○9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
- 11.1 Calle y número: Manuel José Othon 88
- 11.2 Colonia: San José Alburquerque
- 11.3 Localidad: Santa María del Río
- 11.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí
- 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

13. OCUPACIÓN HABITUAL: Estudiante 04 Se ignora ○99

13.1 Trabajaba Sí ○1 No ⊗2 Se ignora ○9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: 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: 4104 47 0009-8 3F19900K

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○1 IMSS ⊗3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 Unidad médica privada ○9 IMSS Oportunidades ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99
- 15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital general de zona #2
- 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
- 16.1 Calle y número: Cuauhtémoc y Benigno Arriaga
- 16.2 Colonia: Moderna
- 16.3 Localidad: San Luis Potosí
- 16.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí
- 16.5 Entidad federativa: San Luis Potosí

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 18 05 2015 (Día Mes Año) 02:45 (Horas Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ⊗1 No ○2 Se ignora ○9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○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.)

		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE
PARTE I. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria severa	3 horas	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de): b) Neumotórax espontaneo	1 día	
	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 morboso que la produjo	Anemia grado IV	3 días	
	Enfermedad renal crónica en hemodiálisis	2 años	

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

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

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

Uso exclusivo del personal codificador. 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área deportiva ○3 Calle o carretera (vía pública) ○4 Área comercial o de servicios ○5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9

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

DEL INF.

24. NOMBRE: Corena (Nombre(s)) Loredo (Apellido paterno) Perez (Apellido materno)

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hermana 05

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○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: 715834 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: Guillermo (Nombre(s)) Rivera (Apellido paterno) Rodriguez (Apellido materno)

29. TELÉFONO: 8120136

30. DOMICILIO: Cuauhtemoc y Benigno Arriaga sin col. Moderna, San Luis Potosí, San Luis Potosí.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 18 05 2015 (Día Mes Año)

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. 5, Libro Núm. 5
33.1 Acta Núm. 164

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
- 34.1 Localidad: San Luis Potosí
- 34.2 Municipio o delegación: San Luis Potosí
- 34.3 Entidad federativa: San Luis Potosí
- 34.4 Día Mes Año: 19 05 2015

150677557

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

Distribución gratuita