



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

00 2382

FOLIO

150677505

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) ALMA LUCERO TUDON TORRES	
2. CURP [Blank]	
3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2	
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 3	
6. PESO [Blank] Kilogramos Gramos	
7. TALLA [Blank] Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 16/09/1996	
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 18	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 5 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) SAN ANTONIO OJO DE AGUA SAN ANTONIO OJO DE AGUA	
11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad AHUALULCO SJA	
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	
13. OCUPACIÓN HABITUAL HOGAR 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	
14.1 Número de seguridad social o afiliación IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9	
15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15.3 Lugar 15.4 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN SAN ANTONIO OJO DE AGUA SAN ANTONIO OJO DE AGUA	
16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad AHUALULCO SJA	
16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/05/2015 10:30	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
19. ¿SE PRÁCTICÓ 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) ASFIXIA POR INMERSIÓN Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) CAUSAS ANTERECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo 22. ¿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 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE T75.1 23. ¿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 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o ☐ 5 Se ignora ☐ 9 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: AD/DE/SC/PAHUAL 013/12/2015 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión ASFIXIA POR INMERSIÓN 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 ANA MARIA TUDON TORRES	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HERMANA	
DEL CERTIFICANTE	
26. CERTIFICADA POR Médico ☐ 1 Médico ☒ 2 Otro ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26/1963 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE DA. JAIME ANTONIO RECHA DEANIZO	
29. TELÉFONO (444) 7994141	
30. DOMICILIO 250 SEME REA. DE KOLONIA 250 CURP DE JATELITE SJA SJA	
31. FIRMA [Firma]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/05/2015	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 05 Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 1612	
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 11/05/2015	

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