



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

Modelo 2015
FOLIO

150679251

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.

150679251

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Yolanda Juarez Gonzalez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP 5064600902MSPRWL09	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Si ☐ Se ignora ☐	6. PESO 42 Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 10/2/09 1960 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 54 Años cumplidos Se ignora ☐		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Río Pánuco S/N Jazal de Paisanos San Luis Potosí 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Mezquitic México 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Prescolar ☐ Primaria completa ☒ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐ 13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Ama de casa Se ignora ☐		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐ 14.1 Número de seguridad social o afiliación 4106 83 07515 4F 196102		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ 15.1 Nombre de la unidad médica Hogar ☐ Se ignora ☐ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) #62#1		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Nicolas Zapata 203 Centro San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí México 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 23/06/2015 12:50 Día Mes Año Horas Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ 19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Choque Sepsico Debido a (o como consecuencia de) b) Hipertensión Debido a (o como consecuencia de) c) Enfermedad Renal Crónica Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes Mellitus II Hipertensión Arterial sistémica 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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐ 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐ 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 horas 24 horas 2 años 15 años 15 años Código CIE 21.8.9		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ 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 Anabel Vazquez Juarez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO DGP 1669310 Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Gonzalo Alego Garcia Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO Nicolas Zapata # 203 Col. Centro San Luis Potosí, S.L.P.		
31. FIRMA		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23/06/2015 Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA DE JUZGADO Núm. 11 Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 264		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosí SLP 34.2 Municipio o delegación SLP 34.3 Entidad federativa SLP 34.4 Día Mes Año 23/06/2015		

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