



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Módelo 2015
FOLIO

150679909

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

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) CRISTINA GUERRERO MEDRANO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 2. CURP GUMC910923MSPRDRO7 Se ignora 3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora 4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 6. PESO 180.000 Kilogramos Gramos 7. TALLA 1.57 Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO 23 09 1991 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 Meses Años cumplidos Se ignora <input type="checkbox"/> 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número RIOVERDE 11.2 Colonia 024 11.3 Localidad PROGRESO 11.4 Municipio o delegación 10064 12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> 13. OCUPACIÓN HABITUAL HOGAR 13.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación 2412047200-1 IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada 15.1 Nombre de la unidad médica IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN VALENTIN GUERRA SJN 16.2 Colonia 024 16.3 Localidad PROGRESO 16.4 Municipio o delegación 10064 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 07 09 2015 00:30 17.1 Día 17.2 Mes 17.3 Año 17.4 Horas 17.5 Minutos 16.5 Entidad federativa 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 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) INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) 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 morbo que la produjo 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I219 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="checkbox"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23. SI LA MUERTE FUERA ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con él(la) fallecido(a)? 24. NOMBRE PEDRO GUERRERO RODRIGUEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) PADRE 04 26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 792425 28. NOMBRE DR. EDUARDO ORTIZ BALBUENA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 29. NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL 83-28182 30. DOMICILIO 2^o PRIVADA DE SARMIENTO 216-20 31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07 09 2015 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. 01 , Libro Núm. 05 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO RIOVERDE 34.1 Localidad RIOVERDE 34.2 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSI 34.3 Entidad federativa 09P 09 33.1 Acta Núm. 473 34.4 Día Mes Año									
---------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

150679909