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

Modelo 2015
FOLIO 150680052

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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.

150680052

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s): Martina — Apellido paterno: Miranda — Apellido materno: Lara

2. CURP: MILM430512HSPRBB03 — 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: 35 Kilogramos . Gramos

7. TALLA: 1 Metros . 60 Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: 22 Día 05 Mes 1943 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 72 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: Carlos Díaz Gutiérrez 3/n
11.2 Colonia: Progreso
11.3 Localidad:
11.4 Municipio o delegación: Río Verde
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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: Jardinero — 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: 24 15 17 5076 01

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 Río Verde
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número: Río Verde Ahora #112
16.2 Colonia: Ramos Guillén
16.3 Localidad:
16.4 Municipio o delegación: Soledad de Graciano Sánchez
16.5 Entidad federativa: San Luis Potosí

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 20 Día 02 Mes 2015 Año — 15 : 19 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	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia Renal Aguda	10 min	
	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) Insuficiencia Renal Crónica	24 hrs	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	c) Choque Séptico	72 hrs	
	Debido a (o como consecuencia de)		
	d) Neumonía	7 días	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Secuelas de Tuberculosis Ósea Curada Concluida	6 meses	
	Desnutrición Proteica	4 meses	

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

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
Nombre(s): Ma del Rocío — Apellido paterno: Miranda — Apellido materno: Rodríguez

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Tía

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 ○6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 5454882
Número de la cédula profesional

28. NOMBRE
Nombre(s): Joban Emmanuel — Apellido paterno: Quistian — Apellido materno: Ramírez

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: Prolongación Ahora #112

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 20 Día 02 Mes 2015 Año

L REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad