



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

00 3621

FOLIO

03

150680057

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.

150680057

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Cipriano</u> Apellido paterno <u>Roche</u> Apellido materno <u>Alvarado</u>	
2. CURP <u>BIOAIC6101091216MSPICILIP017</u>	3. SEXO Hombre ☐ Se ignora ☐ 99 Mujer ☒
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	6. PESO <u>47.193</u> Kilogramos Gramos
7. TALLA <u>1.51</u> Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO <u>26/09/1960</u> 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 Años cumplidos <u>54</u> Se ignora ☐ 09	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☒ 05 Se ignora ☐ 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Cuauhtémoc 255</u> 11.2 Colonia <u>La Esperanza</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Villa de Zaragoza</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☒ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2410894005802</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Tipo de lugar público ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Prolongación Velez de Aranda 112</u> 16.2 Colonia <u>Rioy Guillén</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Soledad de Guzmán</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28/07/2015 11:18</u> Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) <u>Falla Orgánica Múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Sepsis Abdominal</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Abceso tubo Ovarico 12x4x2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo <u>Diabetes Mellitus</u> <u>Hipertensión Arterial</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>E68.8</u> <u>A41.9</u> <u>K65.9</u> <u>E74.9</u> <u>I10.X</u>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidental ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 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 Nombre(s) <u>Cesareo</u> Apellido paterno <u>Franco</u> Apellido materno <u>Curranza</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5454882</u> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Jobani Emmanuel</u> Apellido paterno <u>Quistion</u> Apellido materno <u>Remirez</u>	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO <u>Profr. Valentín Aranda 112 Col. Río Guillén</u>	
31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28/07/2015</u> Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA DE REGISTRO Núm. <u>05</u> Libro <u>393</u>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>SDW</u> 34.2 Municipio o delegación <u>035</u> 34.3 Entidad federativa <u>SDP</u> 34.4 Día Mes Año <u>29/07/2015</u>	

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