



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

00 4200 FOLIO (3)
150680525

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 PARTICIPANTES.



150680525

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nancy del sagrario campillo Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP [Blank]	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 99
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9
6. PESO [Blank] Kilogramos Gramos	7. TALLA [Blank] Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 22/12/1994 Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank] Para menores de un día [Blank] Minutos Para menores de un día [Blank] Horas Para menores de un mes [Blank] Días Para menores de un año [Blank] Meses Para personas de un año o más 30 Años cumplidos Se ignora ☐ 9
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) Alberto Campillo Torres 49 Ranchería ojo caliente ojo caliente 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Sanjamaria del Rio 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 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☒ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 8 Posgrado ☐ 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL 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: [Blank]
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	15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Central 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SPSSA0011012 15.3 Localidad: San Luis Potosí 15.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 15.5 Entidad federativa: San Luis Potosí
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Venustiano Carranza 2395 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02/09/2015 03:30 Día Mes Año Horas Minutos
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, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Tumor de Brenner etapa clínica III C R68.8 Debido a (o como consecuencia de) b) [Blank] Debido a (o como consecuencia de) c) [Blank] Debido a (o como consecuencia de) d) [Blank] CAUSAS ANTECEDENTES 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 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]	
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	
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 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 de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Blank] 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 [Blank] [Blank] [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE Juan Jose Rivera Martinez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Conyuge	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8099639 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Raziel Castillo Guevara Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO [Blank]	
30. DOMICILIO Av. Venustiano Carranza 2395 31. FIRMA [Firma]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/09/2015 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 05, Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 2837	
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: 02/09/2015	

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