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

FOLIO 150681097

NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Valentin (Nombre(s)) Grande (Apellido paterno) Hernandez (Apellido materno)

CURP: AHV690213HSPRRL00 — Se ignora ○99

3. SEXO: Hombre ●1 Mujer ○2 Se ignora ○9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ⊗1 Otra ○2 Se ignora ○9

HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: ○1 No ○2 Se ignora ⊗9

6. PESO: 078 . 000 (Kilogramos . Gramos)

7. TALLA: 1 . 70 (Metros . Centímetros)

8. FECHA DE NACIMIENTO: 13 02 1969 (Día Mes Año)

EDAD VIVIDA: 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 46 (Años cumplidos) Se ignora ○9

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

RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número: V Nvo Progreso 10 — 11.2 Colonia: Rancho Nuevo — 11.3 Localidad:

11.4 Municipio o delegación: San Martin Chalchicuautla — 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

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 Se ignora ⊗99

13.1 Trabajaba Sí ○1 No ○2 Se ignora ⊗9

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: IM196955

LUGAR 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 Rural Oportunidades No. 44

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):

Vía pública ○10 Otro lugar ○12 Hogar ○11 Se ignora ○99

DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número: carretera a San Martin km3 — 16.2 Colonia: Zacatipan — 16.3 Localidad: Zacatipan

16.4 Municipio o delegación: Tamazunchale — 16.5 Entidad federativa: San Luis Potosí

FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 08 02 2015 (Día Mes Año) 20:59 (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

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	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Sindrome de Inmuno Deficiencia Adquirida		
	Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa señalada arriba, relacionándose en orden lugar la causa clínica	b) Portador de VIH		
	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 morboso que la produjo			

SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 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

Uso exclusivo del personal codificador
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

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 Área deportiva ○3 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Calle o carretera (vía pública) ○4 Granja (rancho o parcela) ○7 Escuela u oficina pública ○2 Área comercial o de servicios ○5 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

24. NOMBRE: Gabino (Nombre(s)) Hernandez (Apellido paterno) Bautista (Apellido materno)

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

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: 7012595 (Número de la cédula profesional)

28. NOMBRE: Sylvia Denisse (Nombre(s)) Cepeda (Apellido paterno) Oliva (Apellido materno)

29. TELÉFONO: 4833620397

30. DOMICILIO: Carretera a San Martin km3 Zacatipan, Tamazunchale, SLP

31. FIRMA: Denisse

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 07 08 2015 (Día Mes Año)

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 1 Libro Núm. 5

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad: San Martin Chalchicuautla

Instituto Estatal