

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

FOLIO

150681335

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Hipólito</u> Apellido paterno <u>Campas</u> Apellido materno <u>Javier</u>	
2. CURP <u>H11CJ9610527HSP1PMV1010</u>	
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐	
4. NACIONALIDAD Mexicana ☐ Otra ☐	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
6. PESO <u>51.000</u> Kilogramos Gramos	
7. TALLA <u>1.58</u> Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>27/05/1996</u> Día Mes Año	
9. EDADES CUMPLIDAS Para menores de una hora: <u>019</u> Minutos Para menores de un día: <u>019</u> Horas Para menores de un mes: <u>019</u> Días Para menores de un año: <u>019</u> Meses Para personas de un año o más: <u>019</u> Años cumplidos	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>019</u>	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Benito Juárez 59</u> 11.2 Colonia <u>La Laguna</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 11.5 Entidad federativa o país (el extranjero, el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☒ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐	
13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jornalero</u> 13.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐	
14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2415182249-1</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐	
15.1 Nombre de la unidad médica <u>La Laguna</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2415182249-1</u> Vía pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☒ Se ignora ☐	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Benito Juárez 59</u> 16.2 Colonia <u>La Laguna</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 16.5 Entidad federativa o país (el extranjero, el extranjero)	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>14/10/2015</u> <u>21:00</u> Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
19. ¿SE EFECTUÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infección por VIH resultante en infecciones múltiples</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>2 meses</u> Código CIE <u>B20</u> b) <u>Tuberculosis miliar</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>1 mes</u> Código CIE <u>A19</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>B20</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Otro ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ Escuela u oficina pública ☐	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u>padre</u>	
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 <u>Benito Juárez 59</u> 23.7.2 Colonia <u>La Laguna</u> 23.7.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>ZACATIPÁN, S.L.P.</u>	
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Javier</u> Apellido paterno <u>Hipólito</u> Apellido materno <u>Martínez</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>padre</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>65159184</u> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Maria Virginia</u> Apellido paterno <u>Nava</u> Apellido materno <u>Alonso</u>	
29. TELÉFONO <u>01 403 26 20377</u>	
30. DOMICILIO <u>Carretera San Juan km 3</u> <u>Zacatipán Tamazunchale S.L.P.</u>	
31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14/10/2015</u> Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Tamazunchale</u>	

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. ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

150681335