

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

FOLIO

150681477

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.

150681477

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Rayna</u> Apellido paterno <u>Villeda</u> Apellido materno <u>Rubio</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
2. CURP <u>VILLERAR13011016MHHGILB14013</u>		6. PESO <u>090.000</u> Kilogramos		7. TALLA <u>1.65</u> Metros	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/01/1973</u>		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>04</u> años, <u>3</u> meses, <u>13</u> días	
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 viviera fallecido(a) 11.1 Calle y número: <u>Tamazunchale</u> 11.2 Colonia: <u>San Luis Potosí</u> 11.3 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 11.4 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>México</u>			
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>Amadora</u>			
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>0000000000</u>			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☒ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		15.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital Rural No. 14 Zacatipán</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>2000000000</u>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: <u>Tamazunchale</u> 16.2 Colonia: <u>Zacatipán</u> 16.3 Localidad: <u>Zacatipán</u> 16.4 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>29</u> Mes: <u>12</u> Año: <u>2015</u> Hora: <u>15</u> Minutos: <u>30</u>			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Arritmia letal</u> b) <u>Choque séptico</u> c) <u>Insuficiencia respiratoria tipo 1</u> d) <u>Lesión Renal Aguda</u>		Intervalo aproximado entre la enfermedad y la muerte: a) <u>39 horas</u> b) <u>39 horas</u> c) <u>39 horas</u> d) <u>39 horas</u>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 43 días a 11 meses después del parto ☐ No estuvo embarazada en los últimos <u>05</u> meses ☒ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>39</u>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue en: <u>Accidente</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Vivienda colectiva (edificio, escuela, etc.) ☒ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Escuela o oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		23. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? <u>07</u>			
23.6 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>01</u>		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: <u>01</u> 23.7.2 Colonia: <u>05</u> 23.7.3 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 23.7.4 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 23.7.5 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>			
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Maria Guadalupe</u> Apellido paterno <u>Almaraz</u> Apellido materno <u>Rubio</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Verino</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 Número de la cédula profesional: <u>4731994</u>			
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Janeth</u> Apellido paterno <u>Amador</u> Apellido materno <u>Francisco</u>		29. TELÉFONO <u>0000000000</u>			
30. DOMICILIO Calle: <u>Km 2.5 Carretera San Martín</u> Colonia: <u>Zacatipán, Tamazunchale</u> San Luis Potosí		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>29</u> Mes: <u>12</u> Año: <u>2015</u>			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 33.1 Acta Núm. <u>87</u>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 34.2 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 34.3 Entidad federativa: <u>S.L.P.</u> 34.4 Día: <u>29</u> Mes: <u>12</u> Año: <u>2015</u>			

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