



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

150681745

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Andrés</u> Apellido paterno <u>Hernández</u> Apellido materno <u>Rubio</u>				
2. CURP <u>HURN620522HSPRB0004</u>	3. SEXO Hombre ☒ Se ignora ☐ 99 Mujer ☐ Se ignora ☐ 99	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ 99 Otra ☐ Se ignora ☐ 99		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 99	6. PESO <u>40</u> Kilogramos Gramos	7. TALLA <u>1.57</u> Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>22</u> Mes <u>05</u> Año <u>1962</u>	
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>53</u> Se ignora ☐ 99	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Vuelto(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9			
11. RESIDENCIA HABITUAL. Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 11.1 Calle y número <u>Tataquil S/N</u> 11.2 Colonia <u>Tataquil</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 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 ☐ 6 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba ☒ Se ignora ☐ 99		
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		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		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número <u>Carretera México-Laredo Fracc. Unión Mexicana</u> 16.2 Colonia <u>San Luis</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>22</u> Mes <u>10</u> Año <u>2015</u> Horas <u>22</u> Minutos <u>45</u>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir como paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia renal crónica Aguda</u> 12 hrs Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Tuberculosis</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Síndrome de inmunodeficiencia Aguda</u> 4 meses Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Ulcera</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ 2 Se ignora ☐ 99		
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: Asesinato ☐ 1 Retenido ☐ 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 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(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9
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: <u>Ulcera</u>		
23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad		23.8 ¿Se practicó necropsia? Sí ☐ 1 No ☒ 2		

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS