



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
150683762

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Samuel Nombre(s)		Rosís Apellido paterno		Martínez Apellido materno	
2. CURP ROMS1808052110		3. SEXO Hombre ☒ Se ignora ☐		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☒ No ☐ Se ignora ☐		6. PESO 105.0 Kilogramos		7. TALLA 1.70 Metros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: Años cumplidos: Se ignora ☐		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Leocadio Villarreal No. 1 Luis Donaldo Colosio Frontera 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Coahuila		12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☒ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Prontera 1509 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación Altavista 16.5 Entidad federativa Coahuila	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 05 01 12 01 16		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ No ☐ Se ignora ☐		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☒ No ☐	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) a) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) b) VIH reactivo Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d)		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☒ No ☐		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☒ No ☐	
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 ¿La muerte fue accidental o violenta, especifique: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.3 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (ranchito o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
23.1 Fue un presunto homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		23.2 ¿Ocurrió en su trabajo? ☒ No ☐ Se ignora ☐		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐	
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 Reyes Nombre(s)		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Apellido materno Flores		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Apellido materno Lara	
28. NOMBRE Eva Nombre(s)		29. TELÉFONO 38 200 67			
30. DOMICILIO Prontera 1509 Col Altavista Cd. Valles, S.L.P.		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 05 01 2016	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año			

* SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE CONSERVAR 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 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



150683762

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*