



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

Modelo 2015

FOLIO

150683839

\*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

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Antonio</u> Apellido paterno <u>Lozano</u> Apellido materno <u>Delgado</u>	
2. CURP <u>ANLOZ0101197501010101</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
6. PESO <u>70</u> Kilogramos <u>120</u> Gramos	7. TALLA <u>1.70</u> Metros <u>170</u> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/10/1975</u> Día Mes Año	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 Se ignora <input type="radio"/> 9
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>150683839</u>	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Carretera a San Luis Potosí</u> 11.2 Colonia <u>San Luis Potosí</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 reside en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2410788427-4</u>
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.1 Nombre de la unidad médica <u>Unidad Médica de San Luis Potosí</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2410788427-4</u> 15.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.4 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Carretera a San Luis Potosí</u> 16.2 Colonia <u>San Luis Potosí</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</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 <u>10/10/2015</u> <u>10:15</u> Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: par.- cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Enfermedad de Alzheimer</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Enfermedad de Alzheimer</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad de Alzheimer</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Enfermedad de Alzheimer</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Enfermedad de Alzheimer</u> <u>Enfermedad de Alzheimer</u> <u>Enfermedad de Alzheimer</u>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>20.0</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con ella (a) (f) (a)? <u>Madre</u>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>150683839</u> 23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>Enfermedad de Alzheimer</u> <u>Enfermedad de Alzheimer</u> <u>Enfermedad de Alzheimer</u> 23.6 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7 Calle y número <u>Carretera a San Luis Potosí</u> 23.8 Colonia <u>San Luis Potosí</u> 23.9 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 23.10 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 23.11 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Antonio</u> Apellido paterno <u>Lozano</u> Apellido materno <u>Delgado</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>715623</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Antonio</u> Apellido paterno <u>Lozano</u> Apellido materno <u>Delgado</u>	
29. TELÉFONO <u>81-27-00</u>	
30. DOMICILIO <u>Carretera a San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u>	
31. FOLIO <u>150683839</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/10/2015</u> Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	

RECIBIDO  
23 NOV. 2015  
SECRETARÍA DE SALUD  
JURISDICCION SANITARIA