



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

FOLIO

150684056

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Alfonso</u> Apellido paterno <u>García</u> Apellido materno <u>Alonso</u>			
2. CURP [Blank]		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		6. PESO <u>105.8</u> Kilogramos <u>410.0</u> Gramos	7. TALLA <u>1.51</u> Metros <u>91</u> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>08</u> Mes <u>11</u> Año <u>1952</u>			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Blank] Para menores de un día: Horas [Blank] Para menores de un mes: Días [Blank] Para menores de un año: Meses [Blank] Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>063</u> Se ignora ☐			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]		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) Calle y número <u>Calle 945</u> Colonia <u>Barrio San Sebastián</u> Localidad <u>San Luis Potosí</u> Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</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 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐ <u>Chofer</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>2413033142-01</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>Hospital General de Salud</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Blank]	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número <u>Blvd. General Anacleto 1112</u> Colonia <u>San Luis Potosí</u> Localidad <u>San Luis Potosí</u> Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2015</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>30</u>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>15 min</u> <u>10 días</u> <u>20 años</u> <u>30 mo.</u>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infarto agudo al miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neuritis coronaria</u> b) <u>Neuritis coronaria</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Insuficiencia renal crónica</u> c) <u>Insuficiencia renal crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Diabetes mellitus 2</u> d) <u>Diabetes mellitus 2</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Tractado de radera derecha</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 propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]	
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 ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Vivienda colectiva (asilo, oratorio, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Blank]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Blank] 23.7.2 Colonia [Blank] 23.7.3 Localidad [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación [Blank] 23.7.5 Entidad federativa [Blank]			
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Nora del Carmen</u> Apellido paterno <u>Hernández</u> Apellido materno <u>Sánchez</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico logista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>4825827</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Carlos Javier</u> Apellido paterno <u>Silos</u> Apellido materno <u>Sánchez</u>		29. TELÉFONO <u>014448260100</u>	
30. DOMICILIO <u>Blvd. General Anacleto 1112</u> <u>San Luis Potosí, San Luis Potosí</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2015</u>		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA SECRETARÍA DE SALUD	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Blank]		35. [Blank]	



150684056