



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

FOLIO

150684080

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jesus</u> Apellido paterno <u>Reyes</u> Apellido materno <u>Sanchez</u>		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
2. CURP <u>_____</u>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO Kilogramos <u>_____</u> Gramos <u>_____</u>	
7. TALLA Metros <u>_____</u> Centímetros <u>_____</u>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>1968</u>			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos <u>_____</u> Para menores de un día Horas <u>_____</u> Para menores de un mes Días <u>_____</u> Para menores de un año Meses <u>4</u> Años cumplidos <u>7</u> Se ignora ☐ 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☒ 5 Se ignora ☐ 9			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Avda. Franklin 110-B</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 residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		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			
13.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Docente</u> 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		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2408732302-3</u>			
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		15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Luis Potosí</u>		Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>_____</u>		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Avda. Volcanes Amador 112</u> 16.2 Colonia <u>Rivas Gullén</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 Día <u>31</u> Mes <u>12</u> Año <u>2019</u> Horas <u>07</u> Minutos <u>00</u>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 1 No ☒ 2	

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque por caída</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Manejo inadecuado de la vía aérea</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>_____</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>_____</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Cirrosis hepática crónica con múltiples nódulos</u> <u>Daño renal crónico severo</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>08 horas</u> <u>48 horas</u>		Código CIE <u>_____</u>	
---	--	---	--	----------------------------	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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? Si ☐ 1 No ☒ 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☒ 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 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(la) fallecido(a)? <u>_____</u>		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>_____</u> 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>_____</u> 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>_____</u> 23.7.2 Colonia <u>_____</u> 23.7.3 Localidad <u>_____</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>_____</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>_____</u>			

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) <u>Antonia</u> Apellido paterno <u>Reyes</u> Apellido materno <u>Sanchez</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>	
--	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>5168947</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Josue Francisco</u> Apellido paterno <u>Mendoza</u> Apellido materno <u>Esquivel</u>		29. TELÉFONO <u>6260100</u>	
30. DOMICILIO <u>Prof. Valentín Amador 112, Rivas Gullén, San Luis Potosí</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>31</u> Mes <u>12</u> Año <u>2019</u>		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	

L REG. CIVIL

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>_____</u>	
--	--

*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.



150684080