



**SECRETARIA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

160613525

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

## 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Samantha Yamilet García

González

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

## 2. CURP

Se ignora

99

Hombre

1

Mujer

2

Se ignora

99

Hombre

1

Otra

2

Se ignora

99

## 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se ignora

## 6. PESO

Kilogramos

Gramos

## 7. TALLA

Metros

Centímetros

## 8. FECHA DE NACIMIENTO

Día

Mes

Año

## 9. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora  
MinutosPara menores de un día  
HorasPara menores de un mes  
DíasPara menores de un año  
MesesPara personas de un año o más  
Años cumplidos

Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

## 10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

4

Separado(a)

6

Divorciado(a)

3

Viudo(a)

2

Soltero(a)

1

Casado(a)

5

Se ignora

## 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

San Luis Potosí

San Luis Potosí

San Luis Potosí

## 12. ESCOLARIDAD

Ninguna

Preescolar

Primaria completa

Secundaria completa

Bachillerato o preparatoria incompleta

Profesional

Se ignora

13.1 Trabajaba

Sí

No

Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS Oportunidades

ISSSTE

SEDENA

Otro

Seguro Popular

Otra

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Otra unidad médica privada

Unidad médica privada

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

San Luis Potosí

San Luis Potosí

San Luis Potosí

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí

No

Se ignora

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

Debido a (o como consecuencia de)

b)

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Debido a (o como consecuencia de)

21. 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

El parto

El puerperio

43 días a 11 meses después del parto o aborto

No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

Sí

No

Se ignora

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

Se ignora

22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

Área deportiva

Granja (rancho o parcela)

Calle o carretera (vía pública)

Otro

Área comercial o de servicios

Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

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

Cesar

Apellido paterno

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Padre

Madre

Hermano

Hermana

Cónyuge

Padrastro

Madrastro

Hijo

Hija

Hermano

Hermana

Cónyuge