



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

00 213 FOLIO

160613605

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA SU INSCRIPCIÓN Y LA 2ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Alma Delia Niño Velazquez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 99
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99
6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 1 2 0 1 1 9 7 1 Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más 0 4 5 Años cumplidos
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 4 Separado(a) ☐ 5 Divorciado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 7 Soltero(a) ☐ 8 Casado(a) ☐ 9 Se ignora ☐ 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Angel Reyes 14 Centro Anahuilco 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Anahuilco San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 3 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 4 Profesional ☐ 5 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 13 Secundaria completa ☐ 14 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 15 Posgrado ☐ 16	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 2 SEDENA ☐ 3 Seguro Popular ☐ 4 Otra ☐ 5 Se ignora ☐ 99 IMSS ☒ 6 PEMEX ☐ 7 SEMAR ☐ 8 IMSS Oportunidades ☐ 9	
14.1 Número de seguridad social o afiliación 4191 66 0687 2F19710R	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 3 SEMAR ☐ 4 Unidad médica privada ☐ 5 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99 15.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Zona # 50 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida Targamanga 205 Prados de San Vicente 1ra Sección San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1 7 0 1 2 0 1 6 0 2 3 0 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
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) Choque mixto (cardiogénico y distributivo) 6 horas R57.8 Debido a (o como consecuencia de) b) Rabdomiolisis 24 horas M62.8 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la lesión consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Insuficiencia Arterial aguda miembro Pelvico izquierdo 36 horas I77.1 Debido a (o como consecuencia de) d) Fibrilación auricular 9 meses I48 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada 12 años E14.9 Hipertensión Arterial Sistémica 12 años I10	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE R57.8	
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? Sí ☐ 1 No ☒ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 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 ☐ 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 1 Área deportiva ☐ 2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 99 23.4 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo 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 Esteban Calvan Acosta Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Conyuge	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 99	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4831350 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Judith Lorena Romero Lira Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO 821 63 63	
30. DOMICILIO Av. Targamanga 205 Prados San Vicente 1ra Sección	
31. FIRMA [Firma]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 1 7 0 1 2 0 1 6 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 05 , Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 213	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosí 028 San Luis Potosí 24 1 7 0 1 2 0 1 6 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD