



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

00 1733

FOLIO

160615483

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL DEFUNTO FUERA DE DEFUNCIÓN, ENTREGARLA AL INEGI 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Agustina</u> Apellido paterno <u>Segura</u> Apellido materno <u>Perez</u>		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
2. CURP <u>SEPAG1204124MSPI52509</u> Se ignora ☐		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	6. PESO <u>57.0</u> Kilogramos Gramos
7. TALLA <u>1.50</u> Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>24</u> Mes <u>04</u> Año <u>1962</u>	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>05</u> Minutos Para menores de un día: <u>3</u> Horas Para menores de un mes: <u>03</u> Días Para menores de un año: <u>03</u> Meses Para personas de un año o más: <u>05</u> Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☒ Se ignora ☐	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>San Cristóbal 40</u> 11.2 Colonia <u>Villa de Reyes</u> 11.3 Localidad <u>Malinalco</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Prescolar ☐ Primaria completa ☒ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐ 13.2 Ocupación <u>Hogar</u>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4193570304-S 2F19620R</u>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Av. Tancananga 205</u> 16.2 Colonia <u>Fracc. Prados 1 Sección</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>24</u> Mes <u>03</u> Año <u>2016</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>00</u> Segundos <u>39</u>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo, paro cardíaco, asfexia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía</u> b) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipokalemia Severa</u> c) <u>Hipokalemia Severa</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad renal crónica</u> d) <u>Enfermedad renal crónica</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 día <u>EB7.2</u> 1 día <u>EB7.9</u> 3 días <u>EB7.6</u> 2 años <u>EB7.9</u>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		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 ☐	
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 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
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	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

24. NOMBRE Nombre(s) <u>José de Jesús</u> Apellido paterno <u>Ornelas</u> Apellido materno <u>Juarez</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3509228</u> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Juan Martín</u> Apellido paterno <u>Hoyos</u> Apellido materno <u>Saravito</u>		29. TELÉFONO <u>3509228</u>	
30. DOMICILIO <u>Av. Tancananga 205</u> <u>Fracc. Prados 1 Sección</u> <u>San Luis Potosí</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>24</u> Mes <u>03</u> Año <u>2016</u>		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>5</u> , Libro Núm. <u>1214</u> 33.1 Acta Núm. <u>1214</u>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 34.2 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 34.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 34.4 Día <u>24</u> Mes <u>03</u> Año <u>2016</u>		35. FECHA DE REGISTRO Día <u>24</u> Mes <u>03</u> Año <u>2016</u>	

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