



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160618108

119

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	SANTIAGO		Apellido paterno	Santiago.	Apellido materno
	2. CURP	CANDIDO				
DE LA DEFUNCIÓN	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO		
	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	Kilogramos 8 . 00	Metros 1 . 60	Día 5 Mes 2 Año 14		
9. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos	Se ignora <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)					11.3 Localidad
	sin numero. Localidad Octujul					San Luis Potosí
	Aquismon. 11.4 Municipio o delegación					11.5 Entidad federativa país (si residía en el extranjero)
12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1	Primaria incompleta <input type="radio"/> 2	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4	Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11	Profesional <input type="radio"/> 7	Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	2413099795-7
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Hospital General Ciudad Valles	15.1 Nombre de la unidad médica pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	Carretera mexico-Laredo Sur Km 7 Fraccionamiento Oxitipa	16.2 Colonia	16.3 Localidad	16.4 Municipio o delegación	San Luis Potosí	16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	1 7 0 3 2 0 1 6 0 6 : 0 0	Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	(Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I	Choque Mixto					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad Diarreica Aguda.					
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose el último lugar de la causa básica	Debido a (o como consecuencia de) Desnutricion Severa.					
PARTE II	Debido a (o como consecuencia de) Choque Mixto					
Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no están relacionados con el estado morbos que la produjo	Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad Diarreica Aguda.					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4						
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
23.1 Fue un accidente	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6			
Accidente <input type="radio"/> 1	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7			
Homicidio <input type="radio"/> 2	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8			
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9			
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					23.7.3 Localidad
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	23.7.1 Calle y número	23.7.2 Colonia	23.7.4 Municipio o delegación	23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE	Ma. Angelina Santiago Perez.					25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Madre.			
26. CERTIFICA POR	Médico <input type="radio"/> 1	Otro <input type="radio"/> 2	Persona autorizada por <input type="radio"/> 4	Autoridad <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Otro médico <input type="radio"/> 2	la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3			4453005
28. NOMBRE	Fernando A Cadena Gutierrez					Número de la cédula profesional
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno				29. TELÉFONO
30. DOMICILIO	Carretera Mexico-Laredo sur km 7, Fraccionamiento Oxitipa.					32. FECHA DE CERTIFICACIÓN
Ciudad Valles San Luis Potosí.	Día 17 Mes 03 Año 2016					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O URGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. Libro Núm.	34.1 Localidad					

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA EXPEDICIÓN DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160618108