



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

FOLIO

160618128

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
Abelardo Hernandez Sanchez		
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP H E S A 8 3 0 I I 7 H S P R N B 0 7 Se Ignora 0 99		
3. SEXO Hombre 0 1 Mujer 0 2 Se Ignora 0 9		
4. NACIONALIDAD Mexicana 0 1 Otra 0 2 Se Ignora 0 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 0 1 No 0 2 Se Ignora 0 9		
6. PESO 9 8 Kilogramos Gramos		
7. TALLA 1 7 0 Metros Centímetros		
8. FECHA DE NACIMIENTO 1 7 0 1 1 9 8 31		
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 Meses Años cumplidos 3 3 Se Ignora 0 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 0 4 Separado(a) 0 6 Divorciado(a) 0 3 Viudo(a) 0 2 Soltero(a) 0 1 Casado(a) 0 5 Se Ignora 0 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) calle principal s/n tamazunchale 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad los cerritos san luis potosi		
11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) empleado Se Ignora 0 99		
12. ESCOLARIDAD Ninguna 0 1 Primaria incompleta 0 2 Secundaria incompleta 0 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 0 11 Profesional 0 7 Se Ignora 0 99		
Preeescolar 0 12 Primaria completa 0 3 Secundaria completa 0 5 Bachillerato o preparatoria completa 0 6 Posgrado 0 10		
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI 0 1 No 0 2 Se Ignora 0 9		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 0 1 ISSSTE 0 3 SEDENA 0 5 Seguro Popular 0 7 Otra 0 8 IMSS 0 2 PEMEX 0 4 SEMAR 0 6 IMSS Oportunidades 0 10 Se Ignora 0 99		
14.1 Número de seguridad social o afiliación S P S S A 0 0 0 0 3 1 5 1 6		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 0 1 IMSS 0 3 PEMEX 0 5 SEMAR 0 7 Unidad médica privada hospital gral cd valles		
15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) S P S S A 0 0 0 0 3 1 5 1 6		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera mexico laredo km 7 fraccionamiento oxitipa cd valles 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad san luis potosi		
16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 2 0 4 2 0 1 6 1 1 : 2 7		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 0 1 NO 0 2 Se Ignora 0 9		
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI 0 1 NO 0 2		
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) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Progresiva Debido a (o como consecuencia de)		
b) Neumonía atípica por Virus de la Influenza Debido a (o como consecuencia de)		
c) Obesidad Debido a (o como consecuencia de)		
d) Diabetes Mellitus tipo 2 Debido a (o como consecuencia de)		
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 días 15 días 15 años 10 días		
Uso exclusivo del personal certificador Código CIE		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		
El embarazo 0 1 El parto 0 2 El puerperio 0 3		
43 días a 11 meses 0 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 0 5		
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 0 1 NO 0 2		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 0 1 NO 0 2		
Uso exclusivo del personal certificador Código CIE		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		
23.1 Fue un presunto Accidente 0 1 Homicidio 0 2 Suicidio 0 3 Se Ignora 0 9		
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 0 1 NO 0 2 Se Ignora 0 9		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 0 1 Escuela u oficina pública 0 2 Área industrial (taller, fábrica, u oficina) 0 6 Área deportiva 0 3 Calle o carretera (vía pública) 0 4 Área comercial o de servicios 0 5 Granja (rancho o parcela) 0 7 Otro 0 8 Se Ignora 0 9		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) 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 Epitacio Hernandez Sanchez		
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano		
26. CERTIFICADA POR Médico 0 1 Médico 0 2 Otro 0 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 0 4 Autoridad civil 0 5 Otro 0 8		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1979207 Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Julio Cesar Cortes Martinez		
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO Carr. Mex laredo km 7 traza, oxitipa, cd valles, S.L.P.		
31. FIRMA		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 0 2 0 4 2 0 1 6		
Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
34.1 Localidad Tamazunchale		
34.2 Municipio o delegación		
34.3 Entidad federativa		
34.4 Día Mes Año		
33.1 Acta Núm. 143		

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

SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSÍ
HOSPITAL GENERAL
CD. VALLES S.L.P.
 ENTRÉGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROJA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ESTOS CONSERVARÁN LA 1^{er} COPIA (ROJA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

160618128