



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016  
FOLIO

160618141

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª 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)<br><b>Concepción Gutierrez Roque</b><br>Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2. CURP<br><b>GURC6150209MSPITQNO3</b><br>Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02<br>Se ignora <input type="radio"/> 09 | 4. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                  |
| 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 5. PESO<br><b>68.500</b><br>Kilogramos Gramos                                                                              | 7. TALLA<br><b>1.50</b><br>Metros Centímetros                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>09/02/1965</b><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9. EDAD CUMPLIDA<br>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 <b>51</b><br>Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            | 10. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09 |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)<br><b>Francisco I. Madero 12 Barrio La Libertad</b><br>11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad<br><b>Axtla de Terrazas San Luis Potosí</b><br>11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 12. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            | 13. OCUPACIÓN HABITUAL<br>13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                               |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08<br>IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                            | 14.1 Número de seguridad social o afiliación<br><b>2415154105</b>                                                                                                                                                                                                                                 |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09<br>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08<br>15.1 Nombre de la unidad médica <b>Hospital General de Cd. Valles</b><br>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>S.P.S.S.A.000356</b><br>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12<br>Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Carretera Méxco-Laredo sur Km 7 Fraccionamiento Oxitipa</b><br>16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad<br><b>Ciudad Valles San Luis Potosí</b><br>16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>08/04/2016 14:50</b><br>Día Mes Año Horas Minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                             |
| 19. ¿SE PRACTICÓ NECRÓPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <b>Choque Séptico</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <b>Neumonía Severa</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c)<br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d)<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo<br><b>Diabetes mellitus. 2</b><br><b>Hipertensión Arterial Sistemica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                            | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br><b>1 día</b><br><b>13 días</b><br><br><b>15 años</b><br><b>15 años</b><br>Código CIE                                                                                                                                         |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03<br>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05<br>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02<br>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                            | 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>23.1 Fue un presunto<br>Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03<br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04<br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?<br>Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión<br>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión<br>23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad<br>23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 24. NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



SERVIICIO DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL  
CD. VALLES, S.L.P.  
TRAMITADO SOCIAL