

SECRETARIA DE SALUD

FOLIO

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160618203

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	MARIA DELFINA		HERNANDEZ
Nombre(s)			Apellido paterno
2. CURP	HE D440813MSPRRU06		Apellido materno
3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD
4. FECHA DE NACIMIENTO	Se ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>
5. JUABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	Si <input type="radio"/>	No <input checked="" type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO	38	.000	Kilogramos
7. TALLA	1	.50	Metros
8. FECHA DE NACIMIENTO	1	3	0
9. EDD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un dia	Para menores de un mes
	Minutos	Horas	Dias
9.1 Para menores de un año escriba el numero de folio del Certificado de Nacimiento:			
10. ESTADO CONYUGAL	En union libre <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivia el fallecido(a)		
CALLE: EMILIANO ZAPATA SN	SAN JOSE EL VIEJO		
TAMASOPO	SAN LUIS POTOSI		
11.4 Municipio o delegacion	11.2 Colonia		
12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>
	O1 incompleta	O2 incompleta	O3 Bachillerato incompleta
	O4 completa	O5 Bachillerato completo	O6 Posgrado <input type="radio"/>
13. OCUACIÓN HABITUAL	Bachillerato <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
	O7 ignorante	O8 ignorante	O9 ignorante
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>
	O1 Seguro Popular <input type="radio"/>	O2 SEMAR <input type="radio"/>	O3 Oportunitades <input type="radio"/>
	O4 PEMEX <input type="radio"/>	O5 SEMAR <input type="radio"/>	O6 IMSS Oportunitades <input type="radio"/>
	O7 Se ignora <input type="radio"/>	O8 Se ignora <input type="radio"/>	O9 Se ignora <input type="radio"/>
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION	Secretaria de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>
	O1 SEMAR <input type="radio"/>	O2 Unidad médica privada <input type="radio"/>	O3 Bachillerato <input type="radio"/>
	O4 ISSSTE <input type="radio"/>	O5 Otra unidad publica <input type="radio"/>	O6 Profesional <input type="radio"/>
	O7 Ora <input type="radio"/>	O8 Ora <input type="radio"/>	O9 Se ignora <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION	CALLE: EMILIANO ZAPATA SN		
TAMASOPO	SAN JOSE EL VIEJO		
16.4 Municipio o delegación	16.2 Colonia		
16.5 Entidad federal	SAN LUIS POTOSI		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION	2	4	2016:14:30
	Dia	Mes	Año
	Horas	Minutos	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCION	Anote una sola causa en cada renglon. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		
PARTE I	Enfermedad, lesion o estado patologico que produso la muerte directamente		
Causas antecedentes	Estado morbosos. Si existiera alguno que produjeron la causa mencionada arriba, mencionandose en ultimo lugar la causa basica		
a)	INFRARRO AGUDO AL MIOCARDIO		
b)	ENFERMEDAD DE HODGKING		
c)	SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA		
d)	Debido a lo como consecuencia de)		
PARTE II	Otros estados patologicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		
O2 Especifico si la muerte ocurrió durante:	El parto <input type="radio"/>		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL	23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		
O1 Fué un presunto accidente <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>		
O2 Homicidio <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
O3 Suicidio <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
23.5 La defuncion fue registrada en el Ministerio Publico con el acta numero:	23.6 Describa brevemente la situacion, circunstancia o motivos en que se produjo la lesion		
23.7 Solo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesion	23.7.1 Calle y numero		
	23.7.2 Colonia		
23.7.4 Municipio o delegación	23.7.3 Localidad		
24. NOMBRE	ROSA	MARTINEZ	HERNANDEZ
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
25. PARENTESCO CON ELLA(FALLECIDO(A))	HIJA		
26. CERTIFICADA POR	27. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO		
Medico <input type="radio"/>	27.1 El certificante es medico		
trabajante <input type="radio"/>	27.2 El certificante no es medico		
legista <input type="radio"/>	27.3 El certificante no es medico		
medico <input type="radio"/>	27.4 El certificante no es medico		
Otro <input type="radio"/>	27.5 El certificante no es medico		
O3 Personas autorizada por <input type="radio"/>	27.6 El certificante no es medico		
la Secretaria de Salud <input type="radio"/>	27.7 El certificante no es medico		
28. NOMBRE	GREGORIO	VEGA	MENDOZA
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
29. DOMICILIO	TAMASOPO, S.I.P.		
30. DOMICILIO	CONOCIDO CAMPAMENTO ALTA CUATES		
33. LA DEFUNCION FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
Núm.	34.1 Localidad TAMASOPO		
	34.2 Fecha de certificación 03/06/2016		
	34.3 Número de la cédula profesional		
	34.4 Telefono 01-481-133-74-61		
	34.5 Año		