

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

16061870

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Luria Andablo Chavez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP A1606187012110M14611H1C0B	3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 03
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 03
6. PESO 108.8 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.59 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 11/01/1977 Día Mes Año	
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: 03/91 Años cumplidos	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 04 Separado(a) ☐ 05 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☐ 05 Se	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Av. Riquelme No. 26 Piedra Lenta 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Piedra Lenta Hidalgo 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☒ 06 Posgrado ☐ 10	
13. TRABAJABA Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 03	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 04 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☒ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hospital Riquelme No. 14 Zaratipan	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Tomas de Arriba 16.2 Colonia Zaratipan 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/01/2016 18:45 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 03	
19. ¿SE PRACTICÓ NECESARIAMENTE LA AUTOPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Paro Cardiorrespiratorio Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome Coronario Agudo Debido a (o como consecuencia de) c) Arritmias Metabólicas Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Hipertensión Arterial Crónica Diabetes Mellitus tipo 2	
21. CAUSA BÁSICA DE LA DEFUNCIÓN Código CIE D10	
22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años, especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☒ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
23.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el(a) fallecido(a) con el(a) agresor(es)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: IMSS H.R. No. 44 ZARATIPAN	
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 Herminda Hernández Angeles Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO Abuelo	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☐ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 92319949 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Joneth Amador Francisco Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO Colonia Zaratipan, Tomas de Arriba San Luis Potosí	
31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/01/2016 Día Mes	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes	

160618701