



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160618978

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTRÉGUE 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, ÉSTOS 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) NASARIA PAULINO NEPAHUCENO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO 003.800 Kilogramos Gramos	7. TALLA 0.58 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 02/02/2016 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 Años cumplidos
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número: Luis Donato Colosio # 33 11.2 Colonia: Tamazunchale 11.3 Localidad: TLAXIACO 11.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/>	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: Luis Donato Colosio # 33 16.2 Colonia: Tamazunchale 16.3 Localidad: TLAXIACO 16.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28/03/2016 23:00 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) Asfexia por bronco aspiración Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
21. CROQUIS DE DEFUNCIÓN	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
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 FERRAN PAULINO AVILA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) PADRE	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 698512 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Dr. Anselmo López Angeles Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO 4833621585	
30. DOMICILIO 28 de Noviembre #206 Tamazunchale, S.L.P.	
31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 29/03/2016 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 02 , Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 00009	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: Tehuacan 34.2 Municipio o delegación: Tamazunchale 34.3 Entidad federativa: S.L.P. 34.4 Día Mes Año: 06/04/2016	

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