



## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160619007

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TÍTULO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>MARTHA CALLEGOS</u> Apellido paterno <u>HERNANDEZ</u> Apellido materno	
	2. CURP [Blank]	
	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DEL FALLECIDO	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	6. PESO Kilogramos [Blank] Gramos [Blank]	
	7. TALLA Metros [Blank] Centímetros [Blank]	
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>23</u> Mes <u>02</u> Año <u>1971</u>	
DEL FALLECIDO	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Blank] Para menores de un día: Horas [Blank] Para menores de un mes: Días [Blank] Para menores de un año: Meses [Blank] Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>45</u> Se ignora <input type="radio"/> 9	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]	
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 4 Soltero(a) <input type="radio"/> 5 Casado(a) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>CALLE 4 esquina calle 2 col jacarandas</u> 11.1 Calle y número <u>Axtla</u> 11.2 Colonia <u>Axtla</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Axtla</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
DEL FALLECIDO	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
	13. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado general <input checked="" type="radio"/> 1 Trabajaba <input type="radio"/> 3 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	14.1 Número de seguridad social o afiliación [Blank]	
DEL FALLECIDO	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Blank] 15.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CUES) [Blank] 15.3 Localidad <u>Axtla</u> 15.4 Municipio o delegación <u>Axtla</u> 15.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>CALLE 4 esquina calle 2 col jacarandas</u> 16.1 Calle y número <u>Axtla</u> 16.2 Colonia <u>Axtla</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Axtla</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>26</u> Mes <u>04</u> Año <u>2016</u> Horas <u>24</u> Minutos <u>53</u>	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DE LA DEFUNCIÓN	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <u>Cáncer de Ovario</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>APNEA crónica</u> b) <u>Sangrado tubo digestivo</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Gastritis erosiva</u> c) <u>Gastritis erosiva</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Gastritis erosiva</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>3</u>	
	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"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte El puerperio <input type="radio"/> 3 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 4 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Blank]	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]	
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Blank]	
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Blank] 23.7.2 Colonia [Blank] 23.7.3 Localidad [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación [Blank] 23.7.5 Entidad federativa [Blank]	
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE <u>Francisco Callegos Hernandez</u> Nombre(s) <u>Francisco</u> Apellido paterno <u>Callegos</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>	
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>	
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>3569370</u>	
	28. NOMBRE <u>MARIA DE LA LUZ RIVERA QUEZADA</u> Nombre(s) <u>MARIA DE LA LUZ</u> Apellido paterno <u>RIVERA</u> Apellido materno <u>QUEZADA</u>	
DEL REG. CIVIL	29. TELÉFONO <u>4893610494</u>	
	30. DOMICILIO <u>Poncia arriga numero 9 san juan alto</u> Nombre(s) <u>Poncia</u> Apellido paterno <u>arriga</u> Apellido materno <u>alto</u>	
	31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>27</u> Mes <u>04</u> Año <u>2016</u>	
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] Libro Núm. [Blank] 33.1 Acta Núm. [Blank]	
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Blank] 34.2 Municipio o delegación [Blank] 34.3 Entidad federativa [Blank] 34.4 Día [Blank] Mes [Blank] Año [Blank]	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD\*