



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160619054

EN REGISTRO EL ORIGINAL, LA 1ª 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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) WENDY CATALINA Nombre(s) NICOLAS Apellido paterno MEDINA Apellido materno		
	2. CURP N I M W 1 5 0 3 0 9 M S P C D N A L 4 Se ignora ☐ 99		3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 99
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 99
	6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros
DE LA DEFUNCIÓN	8. FECHA DE NACIMIENTO 10/09/03 12:01 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 0001 Se ignora ☐ 99		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 99
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) La Joya S/N CUARTILLO NUEVO CUARTILLO NUEVO 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad XILITLA SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
DE MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 01 Primaria Incompleta ☐ 02 Secundaria Incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria Incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10		
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		
	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2414173494		
DEL CERTIFICANTE	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) 15.3 Nombre de la unidad pública. 15.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN La Joya S/N CUARTILLO NUEVO CUARTILLO NUEVO 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad XILITLA SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/08/09 12:01 Día Mes Año Horas Minutos		
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		
DEL REGISTRO CIVIL	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02		
	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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de) b) ASMA BRONQUIAL 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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE 6 hrs J460 6 meses J459 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J459		
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto 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.) ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Escuela u oficina pública ☐ 06 Área Industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 07 Granja (rancho o parcela) ☐ 08 Otro ☐ 09 Se ignora ☐ 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 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		
DEL REGISTRO CIVIL	24. NOMBRE MARIA ANGELICA MEDINA MEDINA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MAMA		
	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 2368195 Número de la cédula profesional		
DEL REGISTRO CIVIL	28. NOMBRE RAUL VENANCIO ABAD Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
	29. TELÉFONO		
	30. DOMICILIO FCO I. MADERO NORTE 52, COL CENTRO MATLAPA, S.L.P.		
	31. FIRMA XILITLA		
DEL REGISTRO CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/08/09 12:01 Día Mes Año		
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 11 Libro Núm. 05 98		
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad XILITLA 34.2 Municipio o delegación San Luis Potosí 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año 10/08/09		

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