



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

160619060

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) DIONICIA Nombre(s)		VÁZQUEZ Apellido paterno		NICOLAS Apellido materno	
2. CURP VIAND618112119MSIPZCIN06 Se ignora <input type="radio"/> 09		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO 58.000 Kilogramos		7. TALLA 1.85 Metros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 19121968 Día Mes Año		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos		Para menores de un día _____ Horas	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		9.2 ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 01 Separado(a) <input type="radio"/> 02 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		9.3 Para personas de un año o más Para menores de un año _____ Meses	
9.4 Para menores de un año _____ Días		9.5 Para personas de un año o más _____ Años cumplidos		9.6 Se ignora <input type="radio"/> 09	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Benito Juárez #11 11.1 Calle y número Axtla de Terrazas, 11.4 Municipio o delegación		11.2 Colonia		11.3 Localidad Cuayo Buena Vista San Luis Potosí	
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria <input type="radio"/> 02 Secundaria <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 011 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 012 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 010		13. Ocupación habitual Lab. hogar <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 06 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2404006784-1		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Benito Juárez #11 16.1 Calle y número Axtla de Terrazas		16.2 Colonia		16.3 Localidad Cuayo Buena Vista San Luis Potosí	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01 10 2016 23:30 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
a) Debido a (o como consecuencia de) Paro Cardíaco Respiratorio		21.1 Nombre de la unidad médica		21.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
b) Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia Renal Crónica		21.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09		21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 seg.	
c) Debido a (o como consecuencia de) Diabetes Mellitus tipo 2 Descontrolada		21.5 Código CIE		21.6 Duración de la enfermedad 4 años	
d) Debido a (o como consecuencia de), Hipertensión Arterial Descontrolada		21.7 Causa básica de defunción		21.8 Causa complementaria Código CIE	
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22.4 Si la muerte ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.5 Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.6 Si las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUERA ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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 Epi-fanio Nombre(s)		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Pareja		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 3416525		28. NOMBRE Fany García Torres Nombre(s)		29. TELÉFONO 489365-06-64	
30. DOMICILIO Morelos #42, Col. San Miguel Axtla de Terrazas, S.L.P.		31. FIRMA Fany García T.		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 03 11 02016 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 160		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Hidalgo y S de Mayo altas s/n, Axtla de Terrazas, S.L.P.		34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	

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

 ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE LA CONSERVARÁN LA 1^{ra} COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ESTOS CONSERVARÁN LA 1^{ra} COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO ES UN TRATAMIENTO ESTÁNDAR PROTEGIDO CONFORME A LA
NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

 160619060