



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160619200

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>JAVIER</u> Apellido paterno <u>BAUTISTA</u> Apellido materno <u>HERNANDEZ</u>											
	2. CURP						3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			6. PESO <u>185</u> Kilogramos <u>65</u> Gramos		7. TALLA <u>1</u> Metros <u>65</u> Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>1</u> Mes <u>0</u> Año <u>2019</u>				
	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 <u>32</u> Se ignora <input type="radio"/> 99											
DE LA DEFUNCIÓN	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____											
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99											
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Morelos 7</u> 11.2 Colonia <u>El porvenir</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Martín Chalchicuautla</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____											
	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"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10						13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					
DEL CERTIFICANTE	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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 checked="" type="radio"/> 99											
	14.1 Número de seguridad social o afiliación _____											
	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"/> 8 Hospital <u>Local 44</u> 15.1 Nombre de la unidad médica _____ IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99											
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Carretera San Martín km 3</u> 16.2 Colonia <u>Zacatipan</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 16.5 Entidad federativa _____											
DEL REG. CIVIL	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>27</u> Mes <u>05</u> Año <u>2016</u> Horas <u>22</u> Minutos <u>23</u>											
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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>Choque Térmico</u> 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 le produjo _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 horas</u> Código CIE _____											
	24. NOMBRE Nombre(s) <u>Braulio</u> Apellido paterno <u>Bautista</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>											
DEL REG. CIVIL	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>											
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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 <u>8565002</u> Número de la cédula profesional					
	28. NOMBRE Nombre(s) <u>Oscar Jessucristo</u> Apellido paterno <u>García</u> Apellido materno <u>Cortina</u>						29. TELÉFONO <u>834 1998206</u>					
	30. DOMICILIO <u>Carretera San Martín km 3, Zacatipan, Tamazunchale, San Luis Potosí</u>						31. FIRMA 					
DEL REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>27</u> Mes <u>05</u> Año <u>2016</u>											
	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 _____ Año _____											
	33.1 Acta Núm. _____											

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