

SINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO ES EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APPLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



**SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**  
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160619200

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	JAVIER BAUTISTA HERNANDEZ		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
	2. CURP	Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 99	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	4. NACIONALIDAD
	SI <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	1815 Kilogramos	1.65 Metros	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
	8. FECHA DE NACIMIENTO	1.01.21989		
	9. EDAD	9.1 Para menores de un año escribe el número de folio del Certificado de Nacimiento:	10. ESTADO CONYUGAL	11. RESIDENCIA HABITUAL
	CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 6 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 1 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a)
		Para menores de un día Horas		Morelos 7
		Para menores de un mes Días		11.1 Calle y número 11.2 Colonia
	Para menores de un año Meses		San Martin Chalchicuautla	
	Para personas de un año o más Años cumplidos		El porvenir	
	Se ignora <input type="checkbox"/> 9		11.3 Localidad	
			San Luis Potosí	
			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
DE LA DEFUNCIÓN	12. ESCOLARIDAD	13. OCUPACIÓN HABITUAL		
	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 2 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> 11 Profesional <input type="checkbox"/> 7 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Ternero		
	Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria completa <input type="checkbox"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> 6 Posgrado <input type="checkbox"/> 10	13.1 Trabajaba <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	14.1 Número de seguridad social o afiliación		
	Ninguna <input type="checkbox"/> 1 SSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8			
	IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99			
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	15.1 Nombre de la unidad médica		
	Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 Hospital Huil 49	Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 12		
	IMSS Oportunidades <input checked="" type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	16.3 Localidad			
Carretera San Martin Km 3	Zacatipan			
16.1 Calle y número	16.2 Colonia			
Tamazunchale	San Luis Potosí			
16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. SE PRACTICÓ NEUROPSIA?		
12.7.10.512016 12:22:23	SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2		
18.1 Día 18.2 Mes 18.3 Año 18.4 Horas 18.5 Minutos				
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	18.6 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	18.7 Uso exclusivo del personal autorizado		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE		
Estatos morbosos, si existieron, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.				
b) Choque Térmico Debido a (o como consecuencia de)				
c) Debido a (o como consecuencia de)				
d) Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que le produjo				
24. NOMBRE	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Braulio Bautista Hernandez	Hermano			
Nombre(s)	Apellido paterno			
Apellido materno				
26. CERTIFICADA POR	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8	8565002			
	Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE	29. Teléfono			
Oscar Jesucristo Garcia	834 1998206			
Nombre(s)	Apellido paterno			
Apellido materno				
30. DOMICILIO	31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
Carretera San Martin Km 3, Zacatipan, Tamazunchale, San Luis Potosí		27.05.2016		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
N.º , Libro N.º	34.1 Localidad			
33.1 Acta N.º	34.2 Municipio o delegación			
	34.3 Entidad federativa			
	34.4 Día Mes Año			
DEL REG. CIVIL				