



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160619266

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Luis Hernandez Conzacion	
2. CURP HECL630825HHGRNS03	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09 Otra <input type="radio"/> 02	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
6. PESO 041.00 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.52 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 25/08/1963 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 052 Se ignora <input type="radio"/> 09
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"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Carretera a san martin chalchicuautla Ahiquico 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Tamazunchale San Luis Potosi 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Albañil 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 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 checked="" type="radio"/> 04 Otra <input type="radio"/> 08 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"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación 2416161840/1	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hospital Basico comunitario Tamazunchale 15.3 Localidad 15.4 Entidad federativa la Pitahaya San Luis potosi	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera a san martin km 6.5 la Pitahaya 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Tamazunchale San Luis potosi 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20072016 Día Mes Año 13:46 Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Síndrome de Insuficiencia respiratoria aguda 4min Debido a (o como consecuencia de) b) Enfermedad pulmonar Obstructiva cronica 7 dias Debido a (o como consecuencia de) c) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida 6 años Debido a (o como consecuencia de) d) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida 6 años 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 morbo que la produjo	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	
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 después del parto o aborto <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 fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE 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 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 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	

Servicios de Salud
de San Luis Potosí
Hospital Básico

*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 TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

Antenas totales:
ELISA:

19 09 ~~2002~~
2012
Emission

WB 190916
1^{ro} octubre
Emission 01 OCT 16

Poliz

2402090
398

Hay
ata: Alexandra
Hider
embarras
esposo (cervo)

paciente en
Teyas

14 03-2012

230614 Carg Viral 4747
2014. CD 4/12
Nac. Amador
Hidulgo
y Vira

Chapa Macams

Capasite
atención:
2^{da} Nov - 2012
23 09 2014
11 Feb 2014

B0716
CNO