



# SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160619451 <sup>665</sup>

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

 DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARAN 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Recien nacido</b> <b>Garcia</b> Nombre(s) Apellido paterno		<b>Garcia</b> Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO <b>3.250</b> Kilogramos Gramos	7. TALLA <b>1.50</b> Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO <b>10.5.07.2016</b> Día Mes Año
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <b>11</b> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: <input type="text"/> Años cumplidos		Se ignora <input type="radio"/> 9	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>		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 type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Calle Francisco I Madero #108</b> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia <b>El huayal</b> 11.3 Localidad <b>San Martín Chalchicomula</b> 11.4 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 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		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99	
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 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"/> 9 IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica <b>HRP No 44</b> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Carr: Erico San Martín km3</b> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia <b>Zacatipan</b> 16.3 Localidad <b>Tamazunchale</b> 16.4 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 16.5 Entidad federativa		16.6 Lugar de la defunción (si no es el domicilio habitual)	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>16.10.7.2016 17:00</b> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PART I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Neumonía por aspiración.</b> Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) <b>choque hipovolemico</b>		Código CIE <b>J690</b> <b>ESTI</b> <b>6868</b>	
PART II Otros estados patológicos la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <b>QUIMIOTERAPIA</b>		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"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>J191610</b>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con (a) fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 <b>Juana</b> <b>Garcia</b> <b>Hernandez</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Madre</b>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input 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 <b>4649566</b> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE <b>Maria Julia</b> <b>Veracruz</b> <b>Garcia</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO <b>San Martín km3</b>		31 FIRME	

**IMSS**  
H.R. No 44

160619451

