



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160620079
10000562

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
		FRANCISCO FELIX		ALBINA.	
DE LA DEFUNCIÓN		2. CURP		3. SEXO	
		FEAFB321204HSPLLRO11		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD
		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. TALLA	
		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO	101651.0000	8. FECHA DE NACIMIENTO
		Kilogramos	Gramos	Metros 1.47	Centímetros
		9. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días
		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento.	Para menores de un año Meses		
		10. ESTADO CONYUGAL	Para personas de un año o más Años cumplidos		
		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		
		11.1 Calle y número CUAHUTEMOC 18	11.2 Colonia EZEQUIEL ALMUNDO	11.3 Localidad NUEVO JALTE	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
		SAN VICENTE TANAYAYOLAR	11.4 Municipio o delegación	SAN LUIS POTOSI	
		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" 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 NINWHS <input type="radio"/> 1 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 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Si <input type="radio"/> 2 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
		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 2410872958		
		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 C-S - SDA VICTORIO	15.1 Nombre de la unidad médica SIPSIS SA 001534	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		IMSS Oportunidades <input 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)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CUAHUTEMOC 18 EZEQUIEL ALMUNDO NUEVO JALTE	16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad	16.4 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSI	16.5 Entidad federativa
		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1409120161010:40	Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <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, astenia, etc.)	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) CHOQUE DAISFÍNETICO Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Inmediato	T78.2
		Causas antecedentes Es importante mencionar, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) PICADURAS DE ABEJAS AFUERIZADAS Debido a (o como consecuencia de)	Inmediato	T-634
		c) 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 morboso que la produjo			
		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
		23.1 Fue un presunto asesinato o violencia en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	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
		Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 Se ignora <input type="radio"/> 99	Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8		
		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	
DEL REG. CIVIL	DEL INF.	24. NOMBRE RUTH SANTANA ROTINEZ	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJA POLÍTICA		
DEL CERTIFICANTE		26. CERTIFICADA POR Médico <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 2CS7910		
		31. FIRMA	Número de la cédula profesional		
		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 190912016			
		33. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 01	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad SAN VICENTE TAN.		