



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

00 1730

FOLIO

(3)

160620556

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN 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

160620556

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Irma</u> Apellido paterno <u>Escalante</u> Apellido materno <u>Valerio</u>		
2. CURP <u>EIAV171010903MSIPSLPPA</u>	3. SEXO Hombre ☐ Se ignora ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>1970</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>45</u> Se ignora ☐		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☒ Se ignora ☐		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(s) 11.1 Calle y número <u>Don de la Barrera 7</u> 11.2 Colonia <u>Loc. Corte Segundo</u> 11.3 Localidad <u>Corte Segundo</u> <u>Mexiquic de Carmona</u> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☒ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ <u>Hogar</u>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ Se ignora ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		
14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2410852858</u>		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital Central Ignacio Morones Prieto ☒ Vía pública ☐ Otro lugar ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Av. Venustiano Carranza 2395</u> 16.2 Colonia <u>Zona Universitaria</u> 16.3 Localidad <u>SLP</u> <u>SLP</u> 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>22</u> Mes <u>03</u> Año <u>2016</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>10</u>		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
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>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>15 min</u> <u>J96.0</u> b) <u>Choque mixto</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>1 hora</u> <u>R57.8</u> c) <u>Uroepsia</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>24 hrs</u> <u>N39.0</u> d) <u>cetoacidosis diabética</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>24 hrs</u> <u>E14.1</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo <u>Diabetes Mellitus</u> <u>2 años</u> <u>E14.9</u>		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J96.0</u>		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
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 Nombre(s) <u>Antonio</u> Apellido paterno <u>Pico</u> Apellido materno <u>Sandate</u>		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>esposo</u>		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☒ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4370893</u> Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Eduardo Rey</u> Apellido paterno <u>Torres</u> Apellido materno <u>Cisneros</u>		
29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO <u>Av. Venustiano Carranza 2395 Zona Universitaria</u>		
31. FIRMA <u>[Firma]</u>		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>22</u> Mes <u>03</u> Año <u>2016</u>		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>05</u> Libro Núm. <u>00</u>		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 34.2 Municipio o delegación <u>028 San Luis Potosí</u> 34.3 Entidad federativa <u>24</u> 34.4 Día Mes Año <u>24 03 2016</u>		
33.1 Acta Núm. <u>1185</u>		

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