



01 24 028 0006 SECRETARÍA DE SALUD 041
160620864
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) J. REFUGIO Apellido paterno: CASTILLO		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
2. CURP GUTIERREZ J. REFUGIO		7. TALLA 0.61 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 03/03/1948 Día Mes Año	
5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Se ignora ☐		6. PESO 70 Kilogramos		9. EDAD CUMPLIDA 67 Años cumplidos	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐		11. RESIDENCIA HABITUAL RIO LAJA 170 SAN LUIS POTOSÍ 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación		12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐	
13. OCUPACIÓN HABITUAL JORNALERO 13.1 Trabajaba ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS ☐ Oportunidades ☐ Se ignora ☐		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ SEMAR ☐ IMSS ☐ Oportunidades ☐ Se ignora ☐	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN AV. BENITO JUÁREZ 1210 SAN LUIS POTOSÍ 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25/04/2016 Día Mes Año 23:12 Horas Minutos 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒ Si ☐	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) Devido a (o como consecuencia de) CHOCUE SÉPTICO b) Devido a (o como consecuencia de) NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA c) Devido a (o como consecuencia de) d) Devido a (o como consecuencia de) 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto ☐ Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐	
24. NOMBRE BEATRIZ Nombre(s)		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJA Apellido materno		26. CERTIFICADA POR Médico ☐ Médico ☐ Otro ☐ Médico ☐ Legista ☐	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 36230301 Número de la cédula profesional		28. NOMBRE JAVIER ALFONSO Nombre(s)		29. TELÉFONO 4148440452	
30. DOMICILIO AV. SANTOS BUCOLIANO 240-4 SAN LUIS POTOSÍ 30.1 Calle y número 30.2 Colonia 30.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 30.4 Municipio o delegación		31. FIRMA Firma del certificante		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25/04/2016 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO Núm. 05 Libro Num. 1613 33.1 Acta Num.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO SAN LUIS POTOSÍ 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año		35. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI. TRATÁNDOSE DE UN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR LOS SEMEFO. ÉSTOS DEBEN REMITIR AL INEGI ESTA 1ª COPIA	

160620864



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