



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160621772

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) J. FIDEL Apellido paterno SEGURA Apellido materno CRUZ | | | | |
| 2. CURP SECF620523HSPG4DUS | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | |
| 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> 2 Si <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 6. PESO 55.000 Kilogramos Gramos | 7. TALLA 1.38 Metros Centímetros | 8. FECHA DE NACIMIENTO 23.05.1962 Día Mes Año | |
| 9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Dias Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos 053 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | |
| 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"/> 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 checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número AVDADOR DE LOS CIRREES 314 11.2 Colonia INTONAVIT LOS PINOS 11.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación RIOVERDE 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 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. OCUPACIÓN HABITUAL CHOFER Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input 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 checked="" 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 24108030182 | | |
| 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 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 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número AVDADOR DE LOS CIRREES 314 16.2 Colonia INTONAVIT LOS PINOS 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación RIOVERDE 16.5 Entidad federativa | | | | |
| 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10.05.2016 10:30 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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 |
| 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 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 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 estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | 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 |
| 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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"/> 9 | | 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) 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 |
| 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) MARIA SANTOS Apellido paterno ZAVALA Apellido materno AMARU | | 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ESPOSA | | |
| 26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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 Número de la cédula profesional 1992425 | | |
| 28. NOMBRE Nombre(s) DR. EDUARDO ORTIZ Apellido paterno BALBUENA Apellido materno | | 29. TELÉFONO 87-28182 | | |
| 30. DOMICILIO 2º PRIVADO DE SAN JUAN-14 PROCEJUVIEMTO EL VIENTU CIUDAD FERNANDEZ, S.L.Y. | | 31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12.05.2016 Día Mes Año | | |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. | | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad | | |

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTE CERTIFICADO 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.

160621772

