

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN												FOLIO 160621919 Un 044				
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO																
DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Cbsme</i>				Apellido paterno <i>Maldonado</i>				Apellido materno <i>Sánchez.</i>							
	2. CURP <i>MASC250927HSPLNS14</i>				3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>				4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>							
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				6. PESO <i>045.000</i> Kilogramos				7. TALLA <i>1.66</i> Metros Centímetros							
	8. FECHA DE NACIMIENTO <i>27091925</i> Día Mes Año															
	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 menores de un año Años cumplidos				Para personas de un año o más Años cumplidos							
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:				10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>											
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <i>Matamoros 10 Rioverde</i>				11.1 Calle y número <i>1024</i>				11.2 Colonia <i>San Luis Potosí</i>				11.3 Localidad <i>0021 RY</i>			
	11.4 Municipio o delegación												11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>Jornalero</i>			
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>								13. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Jornalero</i>				13.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				14.1 Número de seguridad social o afiliación <i>2413082373</i>											
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>				15.1 Nombre de la unidad médica				15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				15.3 Localidad			
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Matamoros 10 Rioverde</i>				16.1 Calle y número <i>1024</i>				16.2 Colonia <i>San Luis Potosí</i>				16.3 Localidad <i>0021 RY</i>			
	16.4 Municipio o delegación												16.5 Entidad federativa			
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>17 06 2016 15:40</i> Día Mes Año Horas Minutos				18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)																
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				a) <i>Insuficiencia respiratoria aguda</i> Debido a (o como consecuencia de)				18.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>3 horas</i>				19.1 Código CIE <i>J960</i>				
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				b) <i>Enfermedad Obstructiva Pulmonar Crónica</i> Debido a (o como consecuencia de)				18.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>6 meses</i>				19.2 Código CIE <i>J449</i>				
c) Debido a (o como consecuencia de)				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 morbo 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? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>				23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>				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) <i>Maria del Rosario</i>				Apellido paterno <i>Maldonado</i>				Apellido materno <i>Ibarra</i>				25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hija</i>				
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <i>7575359</i>												
28. NOMBRE Nombre(s) <i>Mario Antonio</i>				Apellido paterno <i>Cárdenas</i>				Apellido materno <i>Rodríguez</i>				29. TELÉFONO				
30. DOMICILIO <i>Calle y carretera c San Cirilo SIN, Centro, Rioverde, San Luis Potosí</i>				31. FIRMA				32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>23 06 2016</i> Día Mes Año								
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <i>01</i> , Libro Núm. <i>05</i> , 349 33.1 Acta Núm.				34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <i>Rioverde</i>				34.2 Municipio o delegación <i>Rioverde 1024 San Luis Potosí 29</i>				34.3 Entidad federativa <i>27 06 2016</i> Día Mes Año				