



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

Modelo 2016

FOLIO

160625177

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS. HABILITE 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.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Diego</u> Apellido paterno <u>Santos</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>	2. CURP <u>SI AHD 312 03 03 HISP NR 6 03</u> Se ignora ☐ 99	3. SEXO Hombre ☒ 99 Mujer ☐ 02 Se ignora ☐ 09	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 09 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09
	5. ¿HABLABA ALGUN LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	6. PESO <u>45</u> Kilogramos <u>11</u> Gramos	7. TALLA <u>1.75</u> Metros <u>175</u> Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>03</u> Mes <u>03</u> Año <u>1993</u>
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: Para personas de un año o más <u>34</u> Años cumplidos Se ignora ☐ 09	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 05 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>Paseo de los Yeguas 24</u> 11.1 Calle y número <u>San Martín Chuchucatlán</u> 11.2 Colonia <u>San Luis Potosí</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
DE LA DEFUNCIÓN	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 01 Primaria completa ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>241612273</u>		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08	15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General Valle</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) <u>SA1000356</u> Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera México-Laredo km 16.1</u> 16.2 Colonia <u>Ciudad Valle</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>09</u> Año <u>2016</u> Horas <u>13</u> Minutos <u>15</u>		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) a) <u>Coma hepático</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hepatitis crónica por alcoholismo</u> b) <u>Alcoholismo crónico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Infección por virus de inmunodeficiencia humana</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Drenaje biliar severo</u>			
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05			
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Grangería o parcela ☐ 07 Agrícola ☐ 08 Otro ☐ 09 Se ignora ☐ 09 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público o en 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: Calle y número <u>23.7.2 Colonia</u> <u>23.7.3 Localidad</u> <u>23.7.4 Municipio o delegación</u> <u>23.7.5 Entidad federativa</u>			
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Sobrino político</u>			
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICANTE Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08	27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Número de la cédula profesional <u>1079285</u>		
	28. NOMBRE <u>Diego Santos Hernandez</u>	29. TELÉFONO <u>3828170</u>		
	30. DOMICILIO <u>Carretera México-Laredo km 16.1</u> 31. FIRMA <u>[Firma]</u>	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>09</u> Año <u>2016</u>		
REG. VIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		

160625177