



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

Modelo 2016

FOLIO

160625181

*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 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

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DE FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Marras Javier</u> Apellido paterno <u>Ruiz</u> Apellido materno <u>Guerrero</u>	2. CURP <u>RUG NIS 0705 HSP ZRR A 1</u>	3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 99	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 99
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99	6. PESO <u>10.00</u> Kilogramos Gramos	7. TALLA <u>1.50</u> Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/07/2015</u> Día Mes Año
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>1</u> Horas Minutos Para menores de un día: <u>1</u> Días Para menores de un mes: <u>1</u> Meses Para menores de un año: <u>1</u> Años cumplidos	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☒ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 99		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle y número <u>5 de Mayo</u> Colonia <u>Unidad</u> 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 ☒ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 3 Primaria completa ☐ 5 Secundaria completa ☐ 6 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 10 Posgrado ☐ 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 Se ignora ☐ 99 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10	14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2407643926</u>		
	15. SITIO DE CURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8	15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Gd. Cd. Valle</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SPSS 11000356</u>		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número <u>Calle Mx-Land km 7</u> Colonia <u>Fraccionamiento Ortop</u> Municipio o delegación <u>Cd. Valle</u>	16.2 Colonia <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>02</u> Mes <u>11</u> Año <u>2016</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>14</u>	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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 directa o indirecta. a) <u>Edema cerebral</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Audiosis metabólica</u> b) <u>Deshidratación severa</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad diarreica</u> c) <u>Enfermedad diarreica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad diarreica</u> d) <u>Enfermedad diarreica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad diarreica</u> PARTE II: Otros estados significativos que contribuyeron a la muerte, pero que no fueron la causa directa o indirecta de la muerte. a) <u>Enfermedad diarreica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad diarreica</u> b) <u>Enfermedad diarreica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad diarreica</u> c) <u>Enfermedad diarreica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad diarreica</u> d) <u>Enfermedad diarreica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad diarreica</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 horas</u> <u>4 horas</u> <u>12 horas</u> <u>48 horas</u>	
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 99 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Ctro ☐ 8 Se ignora ☐ 9 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: 3.7.1 Calle y número 3.7.2 Colonia 3.7.4 Municipio o delegación 3.7.5 Entidad federativa		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Luis Roberto</u> Apellido paterno <u>Guerrero</u> Apellido materno <u>Torres</u>	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>		
	26. CERTIFICACIÓN POR: Médico tratante ☒ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional <u>1702687</u>		
	28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Francisco Humberto</u> Apellido paterno <u>Colmenares</u> Apellido materno <u>Díaz</u>	29. TELÉFONO <u>38 2 8170</u>		
	30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE Calle y número <u>Calle Mx-Land km 7</u> Colonia <u>Fraccionamiento Ortop</u> Municipio o delegación <u>Cd. Valle</u>	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>02/11/2016</u> Día Mes Año		
REG. VIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		



160625181