



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

160625282

\*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. LOS ABILES 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)<br><b>Paulo Segura Perez</b><br>Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9                                                                                                                                                                                                                                                             | 4. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                  | 2. CURP<br><b>S E P E 7 5 1 0 1 8 H S P G R L 0 7</b><br>Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9                                                                                                                                                                                                                                        | 6. PESO<br><b>60.000</b><br>Kilogramos Gramos                                                                                                                                                                                                                                              | 7. TALLA<br><b>1.62</b><br>Metros Centímetros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
|                                  | 8. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>1 8 1 0 1 9 7 5</b><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9. EDAD CUMPLIDA<br>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 personas de un año o más Años cumplidos <b>41</b><br>Se ignora <input type="radio"/> 9                                                                                                                                           | 10. ESTADO CONYUGAL<br>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 checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                  | 11. RESIDENCIA HABITUAL (Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))<br><b>Calle Santos Degollado 11 Col. Bellavista Ciudad Valles</b><br>11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <b>San Luis Potosí</b><br>11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| DE LA DEFUNCIÓN                  | 12. ESCOLARIDAD<br>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<br>Preescolar <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input checked="" type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 13. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Comerciante</b><br>Se ignora <input type="radio"/> 99<br>13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                  | 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>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 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 14.1 Número de seguridad social o afiliación<br><b>241197879-1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                  | 15. SITIO DE LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica pública <input type="radio"/> 9<br>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<br><b>Hospital General Cd Valles</b><br>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)<br><b>S P S S A 0 0 0 3 5 6</b><br>15.3 Localidad <b>San Luis Potosí</b><br>15.4 Entidad federativa                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                  | 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Car. Mexico-Laredo 7 Prac. Oxitina Ciudad Valles</b><br>16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <b>San Luis Potosí</b><br>16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>0 6 1 1 2 0 1 6</b><br>Día Mes Año Horas Minutos<br>18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9<br>19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directa<br>a) <b>Choque séptico</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <b>Encefalopatía</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <b>Hepatitis viral Tipo C, crónica</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <b>Infección por Virus de Inmunodeficiencia</b><br>PARTE II: Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directa<br>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)<br><b>4 horas</b><br>5 días<br>1 año<br>3 años<br>Uso exclusivo del personal codificador                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4<br>El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5<br>El puerperio <input type="radio"/> 3<br>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2<br>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2<br>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<br>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9<br>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3<br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4<br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5<br>Se ignora <input type="radio"/> 9<br>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?<br>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión<br>23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión<br>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 DEL CERTIFICANTE<br><b>Raúl Vera</b><br>Nombre(s) Apellido paterno<br>25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Hermana</b><br>26. CERTIFICADO POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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<br>27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><b>1193496</b><br>Número de la cédula profesional<br>28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE<br><b>Raúl Vera</b><br>Nombre(s) Apellido paterno<br>29. TELÉFONO<br><b>1193496</b><br>30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE<br><b>Carretera Mexico-Laredo Km 7 Fracc. Loma Prieta, Ciudad Valles, San Luis Potosí</b><br>31. FIRMA<br><b>Gonzalez</b><br>32. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>0 6 1 1 2 0 1 6</b><br>Día Mes Año |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                  | 33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA DE REGISTRO<br>34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>34.1 Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |



160625282