



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

160627002

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Reymunda Ramos</i> Nombre(s) Apellido paterno		<i>Martinez</i> Apellido materno		2. CURP <i>RAMR6410311SMISPHR4108</i> Se ignora <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Sí		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO <i>060.000</i> Kilogramos Gramos		7. TALLA <i>1.57</i> Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <i>15.03.1964</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 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="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a). <i>Buena Vista No. 61</i> 11.1 Calle y número <i>Xilitla</i> 11.4 Municipio o delegación		11.2 Colonia <i>Tlacoapa Temascal</i> 11.3 Localidad <i>San Luis Potosí</i> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>					
	13. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Comerciante</i> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	14.1 Número de seguridad social o afiliación <i>2415151055</i>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital Rural Prospero No. 16 IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>							
	15.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital Rural Prospero No. 16</i>		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Localidad <i>San Luis Potosí</i>					
	15.4 Municipio o delegación <i>San Luis Potosí</i>		15.5 Entidad federativa		15.6 Lugar <i>San Luis Potosí</i>					
	15.7 Calle y número <i>Libramiento al COBACH 136</i>		15.8 Colonia <i>Santa Mónica</i>		15.9 Localidad <i>San Luis Potosí</i>					
	15.10 Municipio o delegación <i>San Luis Potosí</i>		15.11 Entidad federativa		15.12 Lugar <i>San Luis Potosí</i>					
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Libramiento al COBACH 136</i> 16.1 Calle y número <i>San Luis Potosí</i> 16.4 Municipio o delegación		16.2 Colonia <i>Santa Mónica</i>		16.3 Localidad <i>San Luis Potosí</i>		16.5 Entidad federativa			
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>21.08.2016</i> Día Mes Año <i>12:40</i> Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>					
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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 directamente a) <i>Infarto Agudo al Miocardio</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Choque Cardiogénico</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Hipovolemia</i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i>Anemia Severa</i> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>1 hora</i> <i>10 horas</i> <i>1 día</i> <i>3 días</i> <i>10 años</i>		Codigo CIE					
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <i>Diabetes Mellitus tipo II</i>									
	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input checked="" type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE			
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	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 <i>Eusebio Hernández</i> Nombre(s) Apellido paterno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Esposo</i>							
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>6932614</i> Número de la cédula profesional							
28. NOMBRE <i>Eusebio Hernández</i>		29. TELÉFONO								

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160627002

