



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

FOLIO
160628392

957890

UTID

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, EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Joselyn Flores Tovar Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP [Blank]	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
6. PESO 22.600 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.99 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 20.09.2014 Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA 2 Años cumplidos
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorcedo(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
11. RESIDENCIA HABITUAL Calle S de Mayo #10 Plan de San Luis El Naranjo San Luis Potosí 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐	
13. OCUPACIÓN HABITUAL [Blank]	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital Central Ignacio Morones Prieto ☒ Vía pública ☐ Otro lugar ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Camaranzo 2395 Col. Universitaria San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 22.09.2016 15:00 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA ENFERMEDAD QUE LE PRODUJO LA MUERTE? Sí ☐ No ☒	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar causas en orden de importancia. Evitar señalar modos de muerte como asfixia, asfixia, etc.) a) Hemorragia Pulmonar 30 min. b) Embolia Intrahembraria 3 días c) Enfermedad renal crónica 2 días d) Choque Séptico 3 días e) Obesidad Morbida en estado avanzado 18 meses	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ Después de 11 meses previos a la muerte ☐	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el domicilio de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.3 ¿Dónde ocurrió? Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial de servicios ☐ Se ignora ☐	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Blank]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Blank]	
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 Ana Lila Tovar Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☒	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6641941 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Diana Arauzy Castañeda Pérez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
29. TELÉFONO [Blank]	
30. DOMICILIO Av. Camaranzo 2395 Col. Universitaria	
31. FIRMA [Signature]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22.09.2016 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] Libro Núm. [Blank]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	

160628392