

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

FOLIO

160628413

Folio Urg.

482125

974253

1354

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR 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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Angelina Silva Roque Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. SEXO 3.1 Hombre ☐ 3.2 Mujer ☐ 3.3 Sexo ☐ 3.4 Nacionalidad Mexicana ☐ Otra ☐ 3.5 Se ignora ☐	
4. NACIÓN ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ 5. PESO Kilogramos Gramos 6. TALLA Metros Centímetros 7. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 02 08 1965	
8.1 Para menores de una hora ☐ 8.2 Para menores de un día ☐ 8.3 Para menores de un mes ☐ 8.4 Para menores de un año ☐ 8.5 Para personas de un año o más ☐ 8.6 Años cumplidos 051 8.7 Se ignora ☐	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del nacimiento: 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ 10.5 Se ignora ☐	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Plaza Islas Pallas, 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 ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐ 13. OCUPACIÓN HABITUAL En Casa	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐ 14.1 Número de seguro social o afiliación 241607194023	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Tipo de unidad ☐ Hogar ☐ 15.3 Localidad 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Venustiano Carranza 2345, 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 3 09 2016 10:35 Día Mes Año Hora Minutos 18. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ 19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? ☐	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una o más causas de defunción. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Choque séptico b) Talla Orquícea múltiple c) Probable Tuberculosis 20.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente 20.2 Causas antecedentes 20.3 Debió a (o como consecuencia de) 20.4 Debió a (o como consecuencia de)	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE U01.1	
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 ☐ 22.2 ¿Las causas básicas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ 22.3 ¿Las causas básicas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☐	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
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 Alejandro Silva Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Hijo	
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 1028503 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Jorge Antonio Norcuez Flores Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 29. TELÉFONO 8242735	
30. DOMICILIO Av. Venustiano Carranza 2345, San Luis Potosí 31. FIRMA JA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13 09 2016 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	

160628413