



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

FOLIO

160630607

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Daniel</u> Apellido paterno <u>Gonzalez</u> Apellido materno <u>Corpus</u>	
2. CURP <u>60CD650505HS PINRV 03</u>	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos <u> </u> Gramos <u> </u>
7. TALLA Metros <u> </u> Centímetros <u> </u>	8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>05</u> Mes <u>05</u> Año <u>1965</u>
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <u> </u> Minutos <u> </u> Para menores de un día <u> </u> Horas <u> </u> Para menores de un mes <u> </u> Días <u> </u> Para menores de un año <u> </u> Meses <u> </u> Para personas de un año o más <u>51</u> Años cumplidos	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u> </u>	
10. ESTADO CONYUGAL 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 type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Emiliano Zapata #19</u> 11.2 Colonia <u>Ranchero El Tecolote</u> 11.3 Localidad <u>El Tecolote</u> <u>Silinas</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD 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 checked="" type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Agricultor</u> Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>241091001003</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Hospital General de Soledad de GS 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 <u>Hospital General de Soledad de GS</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u> </u> 15.3 Localidad <u>Soledad de Graciano S.</u> 15.4 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Pedro Valentin Amador #112</u> 16.2 Colonia <u>Rivera Guillen</u> 16.3 Localidad <u>Soledad de Graciano S.</u> <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>24</u> Mes <u>11</u> Año <u>2016</u> Horas <u>20</u> Minutos <u>01</u>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	

DE LA DEFUNCIÓN

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) <u>Menigitis Aseptica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> b) <u>Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> c) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> d) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Insuficiencia Hepática Child C</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 semana</u> <u>12 años</u> <u>6 años</u>	Uso exclusivo del personal médico Código CIE <u> </u>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u> </u>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u>		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u> </u>		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u> </u> 23.7.2 Colonia <u> </u> 23.7.3 Localidad <u> </u> 23.7.4 Municipio o delegación <u> </u> 23.7.5 Entidad federativa <u> </u>				

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) <u>Urr Alfredo</u> Apellido paterno <u>Gonzalez</u> Apellido materno <u>Morales</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5188421</u> Número de la cédula profesional
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------

DEL CERTIFICANTE

28. NOMBRE Nombre(s) <u>Edith</u> Apellido paterno <u>Sanjuanelo</u> Apellido materno <u>Lopez</u>		29. TELÉFONO <u>8-26-01-00</u>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------

DEL CERTIFICANTE

30. DOMICILIO <u>Pedro Valentin Amador #112 Col Rivera Guillen</u> <u>Soledad de Graciano Sanchez SUP</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>24</u> Mes <u>11</u> Año <u>2016</u>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u> </u>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u> </u>	
----------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------	--



160630607