



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

FOLIO
160631000

Reg. Hosp.

977 737

Terapia Ped.

T-9

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, ESTOS 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(A)

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Abram</u> Apellido paterno <u>Duck</u> Apellido materno <u>Braun</u>		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
2. CURP [Blank]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒		6. PESO <u>4.960</u> Kilogramos Gramos	
7. TALLA <u>60</u> Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>11 07 201</u> Día Mes Año			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: <u>5</u> Meses Para personas de un año o más: [Blank] Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Rioverde</u> 11.2 Colonia <u>Las Grullas</u> 11.3 Localidad <u>Rioverde</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Blank]		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 13.1 Trabajaba ☐ No ☐ Se ignora ☐		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Blank]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital Central "Ignacio Morones Prieto" 15.1 Nombre de la unidad médica [Blank] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Blank]		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Av. Venustiano Carranza 2395</u> 16.2 Colonia <u>Universitario</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa [Blank]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10 20 17</u> Día Mes Año <u>10 16 20</u> Hora Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No ☒		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No ☒	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) [Blank] b) <u>Neumonía complicada</u> Debido a (o como consecuencia de) [Blank] c) <u>Inmunodeficiencia Primaria</u> Debido a (o como consecuencia de) [Blank] d) [Blank] e) [Blank]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 hora</u> <u>2 meses</u> <u>5 meses</u>		Uso exclusivo del personal codificado Código CIE [Blank]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]		22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años, especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐			
23.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [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 [Blank] 23.7.2 Colonia [Blank] 23.7.3 Localidad [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación [Blank] 23.7.5 Entidad federativa [Blank]		24. NOMBRE Nombre(s) <u>Johan</u> Apellido paterno <u>Duck</u> Apellido materno <u>Padre</u>			
25. CERTIFICADA POR Médico ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6641941</u> Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Diana Arzely</u> Apellido paterno <u>Castañeda</u> Apellido materno <u>Pérez</u>		28. TELÉFONO [Blank]			
29. DOMICILIO <u>Av. Venustiano Carranza 2395</u> Col. <u>Universitaria</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10 20 17</u> Día Mes Año		31. FOLIO <u>160631000</u>	
32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank] Libro Núm. [Blank]		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 33.1 Localidad [Blank] 33.2 Municipio o delegación [Blank] 33.3 Entidad federativa [Blank] 33.4 Día Mes Año [Blank]			



160631000