



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016  
FOLIO

160631824

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

**JOSE**

**FORTINO**

**FELIX**

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

**FEXF340918HSPLXROS**

Se ignora  99

Se ignora  99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí  No  2

Se ignora  9

6. PESO

3. SEXO

Hombre  1

Mujer  2

Se ignora  99

Otra  02

Se ignora  09

Kilogramos Gramos

7. TALLA

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

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

Se ignora  09

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre  4 Separado(a)  6 Divorciado(a)  3

Viudo(a)  2 Soltero(a)  1 Casado(a)  5

Se ignora  9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número **LA TIRAJA S/N.**

11.2 Colonia **XILITLA**

11.3 Localidad **SAN LUIS POTOSI**

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna  1 Primaria incompleta  2 Secundaria incompleta  4 Bachillerato o preparatoria incompleta  11 Profesional  7 Se ignora  99

Preescolar  12 Primaria completa  3 Secundaria completa  5 Bachillerato o preparatoria completa  6 Posgrado  10 Se ignora  99

13. OCUPACIÓN HABITUAL **CAMPESINO** Se ignora  99

13.1 Trabajaba Sí  1 No  2 Se ignora  99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  1 ISSSTE  3 SEDENA  5 Seguro Popular  7 Otra  8 Se ignora  99

IMSS  2 PEMEX  4 SEMAR  6 IMSS Oportunidades  10 Se ignora  99

14.1 Número de seguridad social o afiliación **2403038673**

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  1 IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 Unidad médica privada  9

IMSS Oportunidades  2 ISSSTE  4 SEDENA  6 Otra unidad pública  8

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15.3 Localidad

15.4 Municipio o delegación

15.5 Entidad federativa

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN **TRAYO CARRILERO MUNICIPAL LATINAJA EL CRISTIANO - XILITLA**

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN **21/01/2017 11:30**

Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  1 No  2 Se ignora  9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  1 No  2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) **INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO** Debido a (o como consecuencia de)

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d) Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado, morbo que la produjo

**SECUELAS TUBERCULOSIS PULMONAR.** 3 AÑOS

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 05 MIN.

Uso exclusivo del personal de salud Código CIE

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo  1 El parto  2 El puerperio  3 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte  5

22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2

22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  1 No  2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto accidente  1 Homicidio  2 Suicidio  3 Se ignora  9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí  1 No  2 Se ignora  9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular  0 Área deportiva  3 Calle o carretera  4 Área comercial o de servicios  5 Área industrial (taller, fábrica u oficina)  6 Granja (rancho o parcela)  7 Otro  8 Se ignora  9

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

24. NOMBRE **MARIA EUGENIA SALINAS MARTINEZ**

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) **NUERA**

Número de la cédula profesional

26. CERTIFICADA POR Médico  1 Médico legista  2 Otro médico  3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud  4 Autoridad civil  5 Otro  8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional **379913**

28. NOMBRE **JAVIER FCO. ORIZABA MARTINEZ**

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO **ZONA 602A 90-132 CENTRO-XILITLA, SAN LUIS POTOSI**

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN **24/01/2017**

Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. **01**, Libro Núm. **05**

33.1 Acta Núm. **20**

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO **XILITLA**

34.1 Localidad **XILITLA**

34.2 Municipio o delegación **SAN LUIS POTOSI**

34.3 Entidad federativa **25/01/2017**

34.4 Día Mes Año