



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
160632117

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Cristian de Jesús</i> Nombre(s)		<i>Silva</i> Apellido paterno		<i>Marbnez</i> Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre ☒ 01 Mujer ☐ 02 Se ignora ☐ 09		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		6. PESO <i>001.900</i> Kilogramos		7. TALLA <i>0.49</i> Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora ☐ 01 Para menores de un día ☐ 02 Para menores de un mes ☐ 03 Para menores de un año ☐ 04 Para personas de un año o más ☐ 05 Se ignora ☐ 09		10. ESTADO CONYUGAL Certificado de Nacimiento: <i>021390334</i> En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Viudo(a) ☐ 03 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09		8. FECHA DE NACIMIENTO <i>19 09 2016</i> Día Mes Año	
11. RESIDENCIA HABITUAL <i>Toluques 230</i> 11.1 Calle y número <i>San Luis Potosí</i> 11.2 Colonia <i>San Luis Potosí</i> 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación		13. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Ninguna</i> 13.1 Trabajaba Si ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 07 Profesional ☐ 09 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 02 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 09 IMSS ☒ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 05 IMSS Oportunidades ☐ 06 Otra ☐ 08 Se ignora ☐ 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☐ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☒ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 05 IMSS Oportunidades ☐ 06 Otra ☐ 08 Se ignora ☐ 09		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☒ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08		14.1 Número de seguridad social o afiliación <i>4111921994</i>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Nicolas Zapata 203</i> 16.1 Calle y número <i>San Luis Potosí</i> 16.2 Colonia <i>Col Centro</i> 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 01 No ☐ 02	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>09 01 2017</i> Día Mes Año <i>10:10</i> Horas Minutos		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) a) <i>Paro Cardiorespiratorio</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Neumonía</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i>Tuber culosis</i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i>Desnutrición</i>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>20 minutos</i> <i>1 mes</i> <i>2 meses</i> <i>3 meses</i>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 El puerperio ☐ 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 03 Granja (rancho o parcela) ☐ 04 Otro ☐ 05 Área comercial o de servicios ☐ 06 Se ignora ☐ 09		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con ella? fallecido(a)?	
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 <i>Teresita de Jesús</i> Nombre(s)		<i>Marbnez</i> Apellido paterno		<i>Marbnez</i> Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR Médico ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>2340058</i> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE <i>Blanca Livia</i> Nombre(s)		<i>Bernádez</i> Apellido paterno		<i>Andrade</i> Apellido materno	
29. TELÉFONO <i>8124131</i>		30. DOMICILIO <i>Nicolas Zapata 203 Col centro</i> San Luis Potosí		31. FIRMA <i>[Firma]</i>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>09 01 2017</i> Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <i>San Luis Potosí</i> Localidad		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <i>San Luis Potosí</i> Localidad	

ENTRÉQUE 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

160632117