



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

00 2378

FOLIO

150677612

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Karina</u> Apellido paterno <u>Elizabeth Torres</u> Apellido materno <u>Gomez</u>	
2. CURP <u>DIOGK85110116MISPRIMRO9</u>	3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09
6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>16/10/1985</u>	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día Minutos Horas Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más Años cumplidos <u>29</u>
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 05 Divorciado(a) ☐ 03 Vuido(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>C. Jose Maria Morelos #42</u> 11.2 Colonia <u>filomano mata</u> 11.3 Localidad <u>Villa de Reyes</u> <u>San Luis Potosí</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 ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☒ 06 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba ☐ 01 No ☒ 02 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 ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 Hospital Central de la Secretaría de Salud ☐ 10 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Av. Venustiano Carranza 2395</u> 16.2 Colonia <u>Zona Universitaria</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año <u>16/05/2015</u> Horas Minutos <u>12:45</u>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>EVC Hemorrágico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Crisis hipertensiva</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Arterioesclerosis (A314)</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Postoperado Trombectomía</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Lupus Eritematoso Sistémico</u> <u>Artritis Reumatoide</u>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒ 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 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? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 01 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 02 Escuela u oficina pública ☐ 03 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Área deportiva ☐ 03 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09 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 Nombre(s) <u>Zaira Denisse</u> Apellido paterno <u>Torres</u> Apellido materno <u>Gomez</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>1041263</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Anci Arely</u> Apellido paterno <u>Rentenc</u> Apellido materno <u>Palomo</u>	
29. TELÉFONO <u>(444) 1981000</u>	
30. DOMICILIO <u>Av. Venustiano Carranza 2395, col Zona Universitaria</u>	
31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>16/05/2015</u>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>05</u> , Libro Núm. <u>05</u> 33.1 Acta Núm. <u>1639</u>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 34.2 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 34.3 Entidad federativa <u>24</u> 34.4 Día Mes Año <u>16/05/2015</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD