



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

FOLIO 9551/9

170640222

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 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

LUG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Dara Madai Martínez Zapata Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO 30/12/2015 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP [Empty]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Empty] Minutos Para menores de un día [Empty] Horas Para menores de un mes [Empty] Días Para menores de un año [Empty] Meses Para personas de un año o más 1 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		9. 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 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad 58 10.2 Nombre de la vialidad Santa Maria 10.3 Núm. Exterior [Empty] 10.4 Núm. Interior [Empty] 10.5 Tipo de asentamiento humano La Pila 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal [Empty] 10.8 Localidad San Luis Potosí 10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. 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 PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Empty]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ 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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica Hospital Central Ignacio Morones Prieto 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Empty]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad 2995 15.2 Nombre de la vialidad Avenida Venustiano Carranza 15.3 Núm. Exterior [Empty] 15.4 Núm. Interior [Empty] 15.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal [Empty] 15.8 Localidad San Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25/02/2017 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿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		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Choque MIXTO Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía adquirida en la comunidad. Debido a (o como consecuencia de) c) [Empty] Debido a (o como consecuencia de) d) [Empty] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo comunicación interventricular hipertrofia ventricular		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 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 (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Empty]			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Empty]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Empty]	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Empty] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Empty] 22.7.3 Núm. Exterior [Empty] 22.7.4 Núm. Interior [Empty] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Empty] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Empty] 22.7.7 Código Postal [Empty] 22.7.8 Localidad [Empty] 22.7.9 Municipio o delegación [Empty] 22.7.10 Entidad federativa [Empty]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	
25. 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 *Especifique [Empty]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5599 300 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Luis Fernando Mendoza Moreno Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA [Signature]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Av. Venustiano Carranza # 2995 29.2 Nombre de la vialidad Zona Universitaria 29.3 Núm. Exterior [Empty] 29.4 Núm. Interior [Empty] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Empty] 29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal San Luis Potosí 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa [Empty] 29.11 Teléfono [Empty]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25/02/2017 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO [Empty]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Empty]	

170640222