



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 955719  
170640222

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Dara Madai Martínez		ZAPATA					
		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		San Luis POTOSI					
30 12 2015 Dia Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)							
5. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD					
				Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	Se ignora <input type="radio"/> 9					
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos	Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	1 Se ignora <input type="radio"/> 9				
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5				
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad						
				Santa MARIA							
10.3 Num. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano						
			La pila		San Luis POTOSI		San Luis POTOSI				
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
				San Luis POTOSI							
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	11.1 La escolaridad seleccionada es	12. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 9				
				Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba Si <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 SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	13.1 Número de seguridad social o afiliación						
				IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Hospital central 31 aguascalientes PRIERO	14.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 1 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9				
				Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		2395	Avenida Venustiano Carranza	zona universitaria	15.2 Nombre de la vialidad						
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano						
				san luis potosi	San Luis POTOSI		San Luis POTOSI				
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa						
				San Luis POTOSI							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		25 02 2017	09 21	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?				
					Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I									
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Choque MIXTO Debido a (o como consecuencia de)									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Neumonia activizada en la comunidad. 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 morboso que la produjo		comunicación interventricular hipotonía central									
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
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									
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?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)				
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9					
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio						22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad		
								22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
								22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa
23. NOMBRE		ISAI		MARTINEZ		FAUSTO		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
DEL CERTIFICANTE		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Padre			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
								5599 300			
27. NOMBRE		Luis Fernando Mendoza		Primer Apellido		Segundo Apellido		28. FIRMA			
29. DOMICILIO y TELÉFONO		Av. Venustiano Carranza # 2395		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUZGADO		29.5 Nombre del asentamiento humano San Luis POTOSI		29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis POTOSI		29.7 Código Postal		29.8 Localidad			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Lugar y fecha de registro		32.2 Nombre de la vialidad		32.3 Número de la cédula profesional		32.4 Fecha de certificación			
33. OTROS		33.1 Lugar y fecha de registro		33.2 Nombre de la vialidad		33.3 Número de la cédula profesional		33.4 Fecha de certificación			