



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

170641596

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Carlos		Blanco		Castro	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
26/01/1968		Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
BACC680126H5PLSR07		Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL			
Para menores de una hora: Minutos		Para menores de un día: Horas		Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5			
Para menores de un mes: Días		Para menores de un año: Meses		En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
Para personas de un año o más: Años cumplidos							
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda			
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Prolongación Miguel Hidalgo			
1240		Colonia		Tlaxiote			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
718025				San Luis Potosí		San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2		Contador Público			
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
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							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
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							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda			
1112		Calle		Prolongación Valentín Amador			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
				Soledad de Graciela Sánchez		San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
24/04/2017 11:25		Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		4 días					
a) Choque Séptico		6 días					
b) Gastroenteritis Infecciosa		5 días					
c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida							
d)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		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	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
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							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3					
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6					
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4					
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1					
Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5					
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda			
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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Leticia		Hermana					
Blanco							
Castro							
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3		7091762					
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional					
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Silvia Yesenia Rodríguez Martínez		[Firma]					
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Calle		1112		Colonia			
Prolongación Valentín Amador							
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
Soledad de Graciela Sánchez		San Luis Potosí				24/04/2017	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
		32.1 Localidad					

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.



170641596