



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

Modelo 2017

FOLIO

170642020

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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.

DE FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Flavio Rodríguez Padilla</u></p> <p>Nombre(s) <u>Flavio</u> Primer Apellido <u>Rodríguez</u> Segundo Apellido <u>Padilla</u></p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <u>23 03 1973</u></p> <p>Día Mes Año</p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u></p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <u>R0PF730323H5P00L08</u></p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/> 99</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 01 Otra <input type="checkbox"/> 02 → Especifique</p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos <input type="checkbox"/> 044 Se ignora <input type="checkbox"/> 09</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>#314</u></p> <p>8.2 Semanas de gestación: <input type="checkbox"/> 10.4 Tipo de viabilidad: <u>Calle Manzana Matamoros Colonia Gustavo Díaz Ordaz</u></p> <p>9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 06 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 02 Casado(a) <input type="checkbox"/> 05 En unión libre <input type="checkbox"/> 04 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 03 Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 01 Se ignora <input type="checkbox"/> 09</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Valentín Amador Colonia Rivas Guillén Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u></p> <p>10.3 Núm. Exterior <u>1795610</u> 10.4 Núm. Interior <u>10</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Santa María del Río</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u></p> <p>10.7 Código Postal <u>24190844</u> 10.8 Localidad <u>Colonia Gustavo Díaz Ordaz</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Santa María del Río</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 01 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 03 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 07 Profesional <input type="checkbox"/> 08 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Completa <input type="checkbox"/> 01 Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 02 11.1 La escolaridad seleccionada es:</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Plomería</u> 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09</p> <p>13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 01 ISSSTE <input type="checkbox"/> 03 SEDENA <input type="checkbox"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 07 Otra <input type="checkbox"/> 08 IMSS <input type="checkbox"/> 02 PEMEX <input type="checkbox"/> 04 SEMAR <input type="checkbox"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>24190844181</u></p> <p>14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 01 IMSS <input type="checkbox"/> 03 PEMEX <input type="checkbox"/> 05 SEMAR <input type="checkbox"/> 07 Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 02 ISSSTE <input type="checkbox"/> 04 SEDENA <input type="checkbox"/> 06 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 08 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 09 14.3 Nombre de la vialidad: <u>Calle Valentín Amador Colonia Rivas Guillén Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u></p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Calle Valentín Amador Colonia Rivas Guillén Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>Calle Valentín Amador Colonia Rivas Guillén Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u></p> <p>15.3 Núm. Exterior <u>#1112</u> 15.4 Núm. Interior <u>10</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u></p> <p>15.7 Código Postal <u>24190844</u> 15.8 Localidad <u>Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa</p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>15 05 2017 07 38</u></p> <p>Día Mes Año Horas Minutos 16.1 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09 16.2 SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 02</p> <p>17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <u>Tuberculosis pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <u>SIDA</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <u>Alcoholismo crónico</u> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo</p> <p>18. USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL CODIFICADOR CÓDIGO CIE</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN CÓDIGO CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="checkbox"/> 01 El parto <input type="checkbox"/> 02 El puerperio <input type="checkbox"/> 03 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 05 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02</p> <p>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 04</p> <p>22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <p>22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 01 Homicidio <input type="checkbox"/> 02 Suicidio <input type="checkbox"/> 03 Se ignora <input type="checkbox"/> 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 01 No <input type="checkbox"/> 02 Se ignora <input type="checkbox"/> 09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 00 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 02 Área deportiva <input type="checkbox"/> 03 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 06 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 07 Otro <input type="checkbox"/> 08 Se ignora <input type="checkbox"/> 09 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <u>22.7.4 Núm. Interior</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</p> <p>22.7.7 Código Postal</p> <p>22.7.8 Localidad</p> <p>22.7.9 Municipio o delegación</p> <p>22.7.10 Entidad federativa</p> <p>23. NOMBRE <u>Rosa Padilla Silva</u></p> <p>Nombre(s) <u>Rosa</u> Primer Apellido <u>Padilla</u> Segundo Apellido <u>Silva</u></p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u></p> <p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 01 Médico legista <input type="checkbox"/> 02 Otro médico * <input type="checkbox"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 04 Autoridad civil * <input type="checkbox"/> 05 Otro * <input type="checkbox"/> 08 * Especifique</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>5168842</u></p> <p>27. NOMBRE <u>Jesús Francisco Mendoza Esquivel</u></p> <p>Nombre(s) <u>Jesús</u> Primer Apellido <u>Francisco</u> Segundo Apellido <u>Mendoza</u></p> <p>28. FIRMA </p> <p>29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Valentín Amador #1112 Colonia Rivas Guillén</p> <p>29.1 Tipo de vialidad</p> <p>29.2 Nombre de la vialidad</p> <p>29.3 Núm. Exterior <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano</p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u></p> <p>29.7 Código Postal</p> <p>29.8 Localidad</p> <p>29.9 Municipio o delegación <u>Sociedad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí</u></p> <p>29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u></p> <p>29.11 Teléfono</p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>15 05 2017</u></p> <p>Día <u>15</u> Mes <u>05</u> Año <u>2017</u></p>									
--------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--