



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

Modelo 2017
FOLIO

170643777

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.

170643777

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

REG. IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Jose de Jesus Reyna Ortega</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>28/10/1969</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>R E 03 69 10 28 H S P Y R S 0 9</u> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: <u>047</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>225</u> 8.2 Semanas de gestación: <u>38</u>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>225</u> <u>Colonia</u> <u>Ferrocarril San Lazaro</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>718300</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 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 Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 11.2 Ocupación habitual 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>2405064439</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital <u>Hospital Central Dr. Ignacio Morones</u> <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>2395</u> <u>Colonia</u> <u>Venustiano Carranza</u> 15.1 Tipo de vialidad 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 <u>718290</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>31/07/2017</u> <u>10:00</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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>Evento Vascular Cerebral</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>sinu seno</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>sinu seno</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>sinu seno</u> 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 morbosos que la produjo <u>sinu seno</u> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>10</u> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 horas</u> Uso exclusivo del personal codificador	
21. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 21.2 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área de vivienda (taller, taller u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>225</u> 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 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 <u>718290</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Mano Eugenia Reyna Ortega</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8167248</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Ruben Salas Armenta</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>2395</u> <u>Colonia</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono <u>718290</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>718290</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>31/07/2017</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO <u>San Luis Potosí</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>San Luis Potosí</u>	