



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

Modelo 2017

FOLIO

170643831

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Abril Mayela Davila Badillo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>13/03/2017</u> Día Mes Año	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>México</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>ABRIL MAYELA DAVILA BADILLO</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <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: <u>05</u> Para menores de un día: <u>05</u> Para menores de un mes: <u>05</u> Para menores de un año: <u>05</u> Para personas de un año o más: <u>05</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Montreal 230</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>783910</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>México</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 checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo SI <input type="radio"/> No <input 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>2395</u> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad <u>Avenida Venustiano Carranza</u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>México</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>15/08/2017</u> <u>16:20</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input 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>Choque séptico por Klebsiella pneumoniae bet</u> b) <u>Cox pulmonale</u> c) <u>Neumonía por Streptococcus maltophilus</u> d) <u>Trombosis venosa profunda vena cava superior</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Sepsis temprana</u> <u>Recien nacido prematuro 31 sedg</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>24 horas</u> <u>24 horas</u> <u>2 meses</u> <u>5 meses</u>	
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 <input type="radio"/>	
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? Sí <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 deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>	
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>2395</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>México</u> 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Cinthya Pado Badillo Delgado</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Mamá</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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: Número de la cédula profesional <u>1815821</u>	
27. NOMBRE <u>Carolina Villalaz Alvarez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <u>Carolina Villalaz Alvarez</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>Avenida Venustiano Carranza 2395</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>México</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	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>15/08/2017</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>San Luis Potosí</u>	

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.



170643831