



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017

FOLIO

170643831

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Abril Mayela Davila Badillo  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO 13/03/2017  
Día Mes Año

3. SEXO Hombre  Mujer  Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO México  
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Blank]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora  Sí  No  Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana  Se ignora  Otra  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 Años cumplidos 05

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Blank] 8.2 Semanas de gestación: [Blank]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a)  Viudo(a)  Casado(a)  En unión libre  Divorciado(a)  Soltero(a)  Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Montreal 230  
10.1 Tipo de vialidad Ponciano Arriaga 3ra sección  
10.2 Nombre de la vialidad

10.3 Núm. Exterior 783910 10.4 Núm. Interior [Blank] 10.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí  
10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí  
10.7 Código Postal [Blank] 10.8 Localidad [Blank] 10.9 Municipio o delegación México  
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna  Preescolar  Primaria  Secundaria  Bachillerato o preparatoria  Profesional  Posgrado  Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa  Incompleta

11.2 OCUPACIÓN HABITUAL [Blank] Se ignora

12.1 Trabajaba Sí  No  Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna  ISSSTE  SEDENA  Seguro Popular  Otra  Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación 2417023790-2

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud  IMSS  PEMEX  SEMAR  IMSS PROSPERA  ISSSTE  SEDENA  Otra unidad pública  Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica [Blank] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Blank]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida Venustiano Carranza 2395  
15.1 Tipo de vialidad [Blank] 15.2 Nombre de la vialidad [Blank]

15.3 Núm. Exterior [Blank] 15.4 Núm. Interior [Blank] 15.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí  
15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí  
15.7 Código Postal [Blank] 15.8 Localidad [Blank] 15.9 Municipio o delegación México  
15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15/08/2017 16:20  
Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí  No

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí  No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Choque séptico por Klebsiella pneumoniae bet Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas

b) Cox. pulmonale Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas

c) Neumonía por Streptococcus maltophilus Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Blank]

d) Trombosis venosa profunda vena cava superior Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 meses

PARTE II  
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

Sepsis temprana Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 meses

Recien nacido prematuro 31 sed Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 meses

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, ¿EL EMBARAZO O EL PARTO OCURRIÓ DURANTE? El embarazo  El parto  El puerperio  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo  El parto  El puerperio  No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos

21.2 ¿Las causas anotadas en el renglón 19 completaron el embarazo, parto o puerperio? Sí  No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto accidente  Homicidio  Suicidio  Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí  No  Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular  Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  Escuela u oficina pública  Área deportiva  Calle o carretera (vía pública)  Área comercial o de servicios  Área industrial (taller, fábrica u obra)  Granja (rancho o parcela)  Otro  Se ignora

22.4 Anote 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: [Blank]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [Blank] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Blank]

22.7.3 Núm. Exterior [Blank] 22.7.4 Núm. Interior [Blank] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Blank] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Blank]

22.7.7 Código Postal [Blank] 22.7.8 Localidad [Blank] 22.7.9 Municipio o delegación [Blank] 22.7.10 Entidad federativa [Blank]

DEL INF.

23. NOMBRE Cynthia Pada Badillo Delgado  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Mamá

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante  Médico legista  Otro médico  Persona autorizada por la Secretaría de Salud  Autoridad civil  Otro  Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1815821  
Número de la cédula profesional

27. NOMBRE Carolina Villalaz Alvarez  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

28. FIRMA [Signature]

29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida Venustiano Carranza 2395  
29.1 Tipo de vialidad [Blank] 29.2 Nombre de la vialidad [Blank] 29.3 Núm. Exterior [Blank] 29.4 Núm. Interior [Blank] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Blank]

29.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 29.7 Código Postal [Blank] 29.8 Localidad [Blank] 29.9 Municipio o delegación [Blank] 29.10 Entidad federativa México 29.11 Teléfono [Blank]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15/08/2017  
Día Mes Año



170643831

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO San Luis Potosí