



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

Modelo 2017
FOLIO

170646026

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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) Nombre(s) <u>Ho Yaser o Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Lugo</u> Segundo Apellido <u>García</u>			
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>14</u> Mes <u>12</u> Año <u>2017</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		5. CURP <u>SLP14122017</u>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
DE LA DEFUNCIÓN	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos <u>10</u> Para menores de un día Horas <u>00</u> Para menores de un mes Días <u>00</u> Para menores de un año Meses <u>00</u> Para personas de un año o más Años cumplidos <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 9			
	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 100 Colono</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Vicatenencia</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Potrerillo</u>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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 Secretaría de Salud <input 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	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Blvd. 2510</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>San Juan de Guadalupe</u>			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>14</u> Mes <u>12</u> Año <u>2017</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>00</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Premortuere extrema</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Murió repentinamente</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Deformidad de los huesos largos</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Deformidad de los huesos largos</u>	
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>10m</u>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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	
DEL INF.	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Marido</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>2405093486</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>10m</u> 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Blvd. 2510</u> 22.7.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u>San Juan de Guadalupe</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>2510</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>00</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>77000</u> 22.7.8 Localidad <u>San Juan de Guadalupe</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
	23. NOMBRE Nombre(s) <u>Ho Yaser o Guadalupe</u> Primer Apellido <u>Lugo</u> Segundo Apellido <u>García</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Marido</u>	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7461093</u> Número de la cédula profesional	
	27. NOMBRE Nombre(s) <u>Ana María</u> Primer Apellido <u>González</u> Segundo Apellido <u>Ortiz</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
DEL REG. CIVIL	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Blvd. 2510</u> 29.3 Núm. Exterior <u>2510</u> 29.4 Núm. Interior <u>00</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Juan de Guadalupe</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>77000</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>1449265902</u>			
	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>14</u> Mes <u>12</u> Año <u>2017</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1449265902</u> Libro Núm. <u>1449265902</u>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día <u>14</u> Mes <u>12</u> Año <u>2017</u>		33. ACTA Núm. <u>1449265902</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA

170646026