



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

Modelo 2017

FOLIO

170647025

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Sergio Antonio Galicia Orozco</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/11/1972</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>GIA015721007HSP L R R O 2</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? 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: <u>045</u> Años cumplidos	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☒ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Calle Simón Bolívar</u> <u>1565</u> <u>C</u> <u>Barrio</u> <u>San Miguel</u> 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>71813391</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 reside 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 Grado de escolaridad: <u>Secundaria</u> 11.3 Nivel de escolaridad: <u>Secundaria</u> 11.4 Año de escolaridad: <u>4</u> 11.5 Número de años de escolaridad: <u>1701993</u>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ 12.1 Trabajo: Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 12.2 Tipo de trabajo: <u>Docente</u> 12.3 Sector de trabajo: <u>Salud</u> 12.4 Nombre de la institución: <u>Dr. I.M.P.</u> 12.5 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital Central</u> 12.6 Tipo de unidad médica: <u>Unidad médica pública</u> 12.7 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>2395</u> 12.8 Nombre de la clínica: <u>Venustiano Carranza</u> 12.9 Nombre de la clínica: <u>Universidad</u> 12.10 Nombre de la clínica: <u>San Luis Potosí</u> 12.11 Nombre de la clínica: <u>San Luis Potosí</u>	
13. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 13.1 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>2395</u> 13.2 Nombre de la clínica: <u>Venustiano Carranza</u> 13.3 Nombre de la clínica: <u>Universidad</u> 13.4 Nombre de la clínica: <u>San Luis Potosí</u> 13.5 Nombre de la clínica: <u>San Luis Potosí</u>	
14. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 14.2 Nombre de la vivienda: <u>Venustiano Carranza</u> 14.3 Núm. Exterior: <u>2395</u> 14.4 Núm. Interior: <u>71812410</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Universidad</u> 14.7 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 14.8 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u>	
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16/12/2017</u> <u>17:23</u> Día Mes Año Horas Minutos Segundos	
16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Anote una sola causa principal y señale modos de morir - ejemplo: parosismo, asfixia, etc. PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Coronariopatía intravascular de origen aterosclerótico</u> b) <u>Cardiopatía isquémica</u> c) <u>Infarto de miocardio</u> d) <u>Insuficiencia cardíaca</u> CAUSAS ANTERIORES: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) <u>Síndrome de insuficiencia renal crónica</u> f) <u>Tuberculosis pulmonar</u> PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo g) <u>Síndrome de insuficiencia renal crónica</u> h) <u>Tuberculosis pulmonar</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, especifique si la muerte ocurrió durante: El parto ☐ El embarazo ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ No ☐	
20. LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 20.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 20.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 20.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área de recreación (taller, taller, etc.) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área de servicio ☐ Se ignora ☐	
21. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1</u>	
22. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.1 Tipo de vivienda: 22.2 Nombre de la vivienda:	