



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

Modelo 2017  
FOLIO

170647727

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ma. Guadalupe Chavez Agundiz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/07/1971</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>CAAG710705MSPHGD08</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → 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>046</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle Celestino Sanchez</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>103</u> 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Núm. Exterior: <u>790110</u> 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: 10.6 Nombre del asentamiento humano: 10.7 Código Postal: <u>790110</u> 10.8 Localidad: <u>Rio Verde</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN LABORAL 12.1 Trabajo: <u>de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.2 Trabaja: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 99 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital Central Dr. Ignacio Morones <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 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 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida Venustiano Carranza</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia Universitaria</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>2395</u> 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: 15.6 Nombre del asentamiento humano: 15.7 Código Postal: <u>781240</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa:	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>23/12/2017 10:10</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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>Insuficiencia respiratoria aguda tipo II</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Neumonía intrahospitalaria</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>VII / SIDA</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>Esquizofrenia</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>9869602</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 21.2 ¿La causa anotada en el inciso 19.1 es complicación del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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 checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área de trabajo (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 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: 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: 22.7.4 Núm. Interior: 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: 22.7.7 Código Postal: 22.7.8 Localidad: 22.7.9 Municipio o delegación: 22.7.10 Entidad federativa:	
23. NOMBRE <u>Jose Julio Chavez Agundiz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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>9869602</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Juan Manuel Villegas Gamez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida Venustiano Carranza</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia Universitaria</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>781240</u> 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano: 29.6 Nombre del asentamiento humano: 29.7 Código Postal: <u>781240</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono: <u>4441981000</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>23/12/2017</u> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>San Luis Potosí</u>	

170647727