Modelo 2017

FOLIO 170647735

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
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) Nombre(s): Alba Rosa — Primer Apellido: Carbajal — Segundo Apellido: Lopez 1002603

2. FECHA DE NACIMIENTO (Día Mes Año): 16 07 1971

3. SEXO: Hombre ○1 Mujer ●2 Se ignora ○9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: San Luis Potosi (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: CALA711016MSPRPL04 Se ignora ○99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○1 No ○2 Se ignora ●9

7. NACIONALIDAD Mexicana ●1 Otra ○2 → Especifique — Se ignora ○9

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 46 Años cumplidos — Se ignora ○9

Para menores de 28 días anote:
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:
8.2 Semanas de gestación:

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ○6 Viudo(a) ○2 Casado(a) ●5 En unión libre ○4 Divorciado(a) ○3 Soltero(a) ○1 Se ignora ○9

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vialidad: Calle
10.2 Nombre de la vialidad: Francisco Gallardo
10.3 Núm. Exterior: S/N
10.4 Núm. Interior:
10.5 Tipo de asentamiento humano: localidad
10.6 Nombre del asentamiento humano: Chapul[illegible]
10.7 Código Postal: 79918 0
10.8 Localidad:
10.9 Municipio o delegación: Tamazunchale
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosi

11. ESCOLARIDAD Ninguna ○1 Preescolar ○12 Primaria ○3 Secundaria ○5 Bachillerato o preparatoria ○7 Profesional ●8 Posgrado ○10 Se ignora ○99
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ○1 Incompleta ●2
12. OCUPACIÓN HABITUAL [illegible] Se ignora ○99
12.1 Trabajaba: Sí ●1 No ○2 Se ignora [illegible]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ○1 ISSSTE ○3 SEDENA ○5 Seguro Popular ●[illegible] Otra ●[illegible] IMSS ○2 PEMEX ○4 SEMAR ○6 IMSS PROSPERA ○10 [illegible] ○99
13.1 Número de seguridad social o [illegible]

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ●1 IMSS ○3 PEMEX ○5 SEMAR ○7 IMSS PROSPERA ○2 ISSSTE ○4 SEDENA ○6 Otra unidad pública ○8 Unidad médica privada ○9 [illegible] ○10 Lugar ○12 Hogar [illegible] Se ignora ○99
Hospital Contra[illegible] Moranes [illegible]
14.1 Nombre de la unidad médica
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
15.1 Tipo de vialidad: Avenida
15.2 Nombre de la vialidad: Manuel Ca[illegible]
15.3 Núm. Exterior: 2395
15.4 Núm. Interior:
15.5 Tipo de asentamiento humano: colonia
15.6 Nombre del asentamiento humano: Zona Universi[illegible]
15.7 Código Postal: 78240
15.8 Localidad:
15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosi
15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN (Día Mes Año): 05 01 2018 — 03:[illegible] Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ●1 No ○2

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○1 No ●2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa por renglón. No señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfixia, etc.)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte — Uso exclusivo del personal codificador: Código CIE

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Falla [illegible] Bronconeumonía
Debido a (o como consecuencia de)
b) Hipo[illegible] por farmacodependencia
Debido a (o como consecuencia de)
c) Pa[illegible] bacteriana neonatal
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo
Tuberculosis ganglionar
hipertensión arterial sistemica

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ○1 El parto ○2 El puerperio ○3 43 días a 11 meses después del aborto ○4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses ●5
21.2 ¿Las causas anotadas [illegible] complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ○1 No ○2
21.3 ¿Las causas [illegible] contribuyeron el [illegible] del puerperio? Sí ○1 No ○2

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente ○1 Homicidio ○2 Suicidio ○3 Se ignora ○9
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○1 No ○2 Se ignora ○9
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○1 Escuela u oficina pública ○2 Área de [illegible] Calle, [illegible] (vía [illegible]) Área [illegible] servicio [illegible] Industrial (taller, [illegible] o obra) ○6 Granja (rancho o parcela) ○7 Otro ○8 Se ignora ○9
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:
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias [illegible] en que [illegible] 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
22.7.2 Nombre de la vialidad

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

Copia fiel del original