



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

FOLIO
170648568

UN6
M.1

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN EL PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN, CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS, CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Felipe</u> <u>Munguía</u> <u>Trujillo</u> Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>04</u> Año <u>1930</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Guadalajara</u>		
5. CURP <u>19041930</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>47</u> Para menores de un día: Horas <u>47</u> Para menores de un mes: Días <u>47</u> Para menores de un año: Meses <u>47</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>47</u>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Abasco</u> 10.3 Núm. Exterior <u>504</u> 10.4 Núm. Interior <u>718121010</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Colonia</u> 10.7 Código Postal <u>718121010</u> 10.8 Localidad <u>Matamoros</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 ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Primaria</u> 11.2 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐				
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEXE ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐				
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEXE ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Matamoros</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>603</u> 14.3 Vía pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☐ Se ignora ☐				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Camelina de la Paz</u> 15.3 Núm. Exterior <u>603</u> 15.4 Núm. Interior <u>718121010</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Colonia</u> 15.7 Código Postal <u>718121010</u> 15.8 Localidad <u>Matamoros</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>14</u> Mes <u>10</u> Año <u>2017</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>48</u>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Gastritis aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Síndrome de insuficiencia renal aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>24 hrs</u> 48 hrs 2 años PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>24 hrs</u> <u>48 hrs</u> <u>2 años</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐			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 ☐ Área deportiva ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Susay</u> <u>González</u> <u>Aguilar</u> Primer Apellido Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>	
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 Número de la cédula profesional <u>6072544</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Emilia</u> <u>Martínez</u> <u>Reboredo</u> Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA <u>Emilia</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Camelina de la Paz</u> 29.3 Núm. Exterior <u>603</u> 29.4 Núm. Interior <u>718121010</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Colonia</u> 29.7 Código Postal <u>718121010</u> 29.8 Localidad <u>Matamoros</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono <u>9149518121194131</u>			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>14</u> Mes <u>10</u> Año <u>2017</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>32.1</u> Libro Núm. <u>32.2</u>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Matamoros</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>10</u> Año <u>2017</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD