



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

170651021

OCT-102

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Florencio González		Alejos	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 12 20 02 1951 Dia Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP GOIAF510220R2HSPNLL0B		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 09 Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Se ignora <input type="radio"/> 09	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 28 B		8.2 Semanas de gestación: Barrio		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 06 En unión libre <input type="radio"/> 04 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 Casado(a) <input type="radio"/> 05	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.3 Núm. Exterior 28 10.4 Núm. Interior B		10.1 Tipo de vialidad Calle		10.2 Nombre de la vialidad Ponciano Arriaga	
10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal 79402		10.8 Localidad Cerritos		10.6 Nombre del asentamiento humano Nuestro Padre Jesús	
10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02		12. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 099	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 099				13.1 Número de seguridad social o afiliación Vía pública <input type="radio"/> 010 Otro lugar <input type="radio"/> 012	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar <input type="radio"/> 011 Se ignora <input type="radio"/> 099	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 28 10.5. Núm. Interior B		15.1 Tipo de vialidad Calle		15.2 Nombre de la vialidad Ponciano Arriaga	
15.3 Núm. Exterior 79402 15.4 Núm. Interior Cerritos		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano Nuestro Padre Jesús	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí	
15.10 Entidad federativa San Luis Potosí					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28 10.20 17 10 2000 Dia Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 099		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		24 hrs			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE			
a) <i>Neumonia adquirida en la comunidad</i> Debido a (o como consecuencia de)					
b) <i>Enfermedad de Creutzfeldt - Jakob</i> (Enfermedad por púrpuras) Debido a (o como consecuencia de)		1 año			
c)					
d)					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboroso que la produjo					
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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 099		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02		Área industrial <input type="radio"/> 06 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 099	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 099		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Granja <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08			
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.2 Nombre de la vialidad 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 Nallely González		Primer Apellido		Segundo Apellido Orozco	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija					

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 PARTICULARARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.