



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

Modelo 2017
FOLIO
170652157

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
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



170652157

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(a)		Jose Santos Cruz	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
23/04/1947		Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	San Luis Potosí
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
CUXS470423HSPRXN00		Se ignora ☐ SI ☐ NO ☐	
8. EDAD CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD	
Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para menores de un año o más: 069		Mexicana ☒ Otra ☐ Especificar: Se ignora ☐	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CIVIL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		Avenida La 23	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
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		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ Se ignora ☐		Comesinu	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		2403041973	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐		Hospital General de Ciudad Valles	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE LE LLEVO A LA MUERTE?	
02/03/2017 12:04:5		SI ☒ NO ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
SI ☐ NO ☒		a) Insuficiencia respiratoria tipo I	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 24 horas		b) Neumonía asociada a ventilador	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 15 días		c) Neumonía por virus Influenza A/H1N1	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 mes		d) Debido a (o como consecuencia de)	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
Código CIE		21.1 Especificar: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ Aborto ☐ Se ignora ☐	
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?	
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.8 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.9 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.10 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Armando Cruz Hernandez		Hijo	
25. CERTIFICANTE		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especificar: 7951637		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Emmanuel Medina Prado		[Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Teléfono	
Carretera México-Loreto		PM7	
29.2 Tipo de vivienda		29.3 Núm. Exterior	
Oxitiapi		29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Localidad	
Ciudad Valles		San Luis Potosí	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
44100		San Luis Potosí	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	
Ciudad Valles		San Luis Potosí	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
02/03/2017		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	