

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
170652245

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Severino Santiago Perez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>21</u> Día <u>02</u> Mes <u>1984</u> Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SLP</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. CURP []	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [] Horas [] Minutos Para menores de un día: [] Horas [] Días Para menores de un mes: [] Meses Para menores de un año: [] Años cumplidos Para personas de un año o más: <u>33</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>209</u> 10.3 Núm. Exterior <u>Rancho</u> 10.4 Núm. Interior <u>Rancho</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.7 Código Postal <u>209</u> 10.8 Localidad <u>San Antonio</u> 10.9 Municipio o delegación <u>SLP</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajador</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>SLP</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>SLP</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>209</u> 15.3 Núm. Exterior <u>Rancho</u> 15.4 Núm. Interior <u>Rancho</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Antonio</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>SLP</u> 15.7 Código Postal <u>209</u> 15.8 Localidad <u>San Antonio</u> 15.9 Municipio o delegación <u>SLP</u> 15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>25</u> Día <u>01</u> Mes <u>2017</u> Año <u>09</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>05</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	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>Infección respiratoria</u> b) <u>Tuberculosis pulmonar</u> c) <u>Desnutrición grave</u> d) <u>Desnutrición grave</u> 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 morbo que la produjo
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>250.10</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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7951637</u> Número de la cédula profesional	27. NOMBRE <u>Emmanuel Medina Prado</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>San Antonio</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>SLP</u> 29.3 Núm. Exterior <u>209</u> 29.4 Núm. Interior <u>209</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Antonio</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>SLP</u> 29.7 Código Postal <u>209</u> 29.8 Localidad <u>San Antonio</u> 29.9 Municipio o delegación <u>SLP</u> 29.10 Entidad federativa <u>SLP</u> 29.11 Teléfono <u>209</u>
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>25</u> Día <u>01</u> Mes <u>2017</u> Año	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>209</u> , Libro Núm. <u>209</u> 31.1 Acta Núm. <u>209</u>
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>San Antonio</u> 32.2 Municipio o delegación <u>SLP</u> 32.3 Entidad federativa <u>SLP</u> 32.4 Día <u>25</u> Mes <u>01</u> Año <u>2017</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD