

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

FOLIO

170652459

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		GABRIEL CASTILLO MORALES	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
01/06/2015		Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. NACIONALIDAD	
SAN LUIS POTOSÍ		Mexicana ☒ Se ignora ☐ 9	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		Mexicana ☒ Se ignora ☐ 9	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
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: Años cumplidos: 1 Se ignora ☐ 9		En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 5 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. LA escolaridad seleccionada es:	
10.1 Tipo de vivienda: CALLE PRINCIPAL 10.2 Nombre de la vivienda: LA MANZANILLA 10.3 Núm. Exterior: 79700 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAPOCO 10.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSÍ 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: 10.9 Municipio o delegación: 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):		Completa ☐ 1 Incompleta ☐ 2	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna ☒ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		12.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 99		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	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
15.1 Tipo de vivienda: CALLE PRINCIPAL 15.2 Nombre de la vivienda: LA MANZANILLA 15.3 Núm. Exterior: 79700 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: TAMAPOCO 15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN LUIS POTOSÍ 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o delegación: 15.10 Entidad federativa:		09/04/2017 17:00	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Si ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		Si ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
a) DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO b) GASTROENTERITIS INFECCIOSA c) d) PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Código CIE	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS?		22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 El parto ☐ 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 El puerperio ☐ 3		22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 8	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
Si ☐ 1 No ☐ 2		Si ☐ 1 No ☐ 2	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5	
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 Nombre del asentamiento humano		22.7 Descripción de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		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 DEL INF.		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
ADELAIDO CASTILLO ESCUDERO		PAPA	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 *Especifique		4731933	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		28. FIRMA	
LUI ALBERTO ABUNDIN RANGEL		[Firma]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.1 Tipo de vivienda: PRIVADA 29.2 Nombre de la vivienda: CUAUHTÉMOC 29.3 Núm. Exterior: SIN 29.4 Núm. Interior: SIN 29.5 Tipo de asentamiento humano: BARRIO EL NACIMIENTO 29.6 Nombre del asentamiento humano: TAMAPOCO 29.7 Código Postal: 79700 29.8 Localidad: TAMAPOCO 29.9 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 29.10 Entidad federativa: 29.11 Teléfono: 4821998819		17/04/2017	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Libro Núm. 05		32.1 Localidad: LA PALMA 32.2 Fecha: 02/04/17	

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.

170652459