



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

FOLIO

170654678

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>MARIA LUCIA TIGINIO Hernandez</b>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>04/09/1982</b>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>MEXICO J.L.P.</b>	
5. CURP <b>H11H1820704MSPGRC07</b>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: Dias <input type="text"/> Para menores de un año: Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: <b>33</b> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>09 Loc. Atlaque</b>	
10.1 Tipo de vialidad <b>Atlaque</b>	
10.2 Nombre de la vialidad <b>Atlaque</b>	
10.3 Núm. Exterior <b>Atlaque</b>	
10.4 Núm. Interior <b>Atlaque</b>	
10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Atlaque</b>	
10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>	
10.7 Código Postal <b>Atlaque</b>	
10.8 Localidad <b>Atlaque</b>	
10.9 Municipio o delegación <b>Atlaque</b>	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>ama de casa</b>	
12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	
13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
14.1 Nombre de la unidad médica	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
14.3 Nombre de la vialidad <b>Atlaque</b>	
14.4 Nombre del asentamiento humano <b>Atlaque</b>	
14.5 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>	
14.6 Código Postal <b>Atlaque</b>	
14.7 Localidad <b>Atlaque</b>	
14.8 Municipio o delegación <b>Atlaque</b>	
14.9 Entidad federativa	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <b>Atlaque</b>	
15.2 Nombre de la vialidad <b>Atlaque</b>	
15.3 Núm. Exterior <b>Atlaque</b>	
15.4 Núm. Interior <b>Atlaque</b>	
15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Atlaque</b>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b>	
15.7 Código Postal <b>Atlaque</b>	
15.8 Localidad <b>Atlaque</b>	
15.9 Municipio o delegación <b>Atlaque</b>	
15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>23/07/2017 08:30</b>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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) <b>Choque séptico</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Lupus Eritematoso Sistémico</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Diabetes Mellitus Tipo 2</b> Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 hora</b> <b>4 meses</b> <b>2 años</b>	
Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote 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 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 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 <b>Agustin Damian Garcia</b>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>esposo</b>	

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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.