



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

FOLIO

170654743

409

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Diana Daniela Olvera Hernández	
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
11 04 1920 0000 Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. CURP	
San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		OEHHD10004114MPLRNAA4 Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL	
Para menores de una hora <input type="radio"/> 1 Minutos Para menores de un día <input type="radio"/> 1 Horas Para menores de un mes <input type="radio"/> 1 Días		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		10.1 Tipo de vialidad	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.2 Nombre de la vivienda	
Camino Barrio		Corazón de María	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79900		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad Xilitla	
10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación 2410825071-5	
Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12.2 Ocupación 12.3 Número de la unidad médica	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Nombre de la unidad médica	
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		15.1 Tipo de vialidad	
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 79900		15.2 Nombre de la vialidad	
15.7 Código Postal		15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.8 Localidad Xilitla		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
09 04 2017 1830 Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
		a) Choque Septíco Debido a (o como consecuencia de)	
		b) Infección de Tejidos blandos Debido a (o como consecuencia de)	
		c) Debido a (o como consecuencia de)	
		d) Debido a (o como consecuencia de)	
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo	
		Síntrome de Inmunodeficiencia Adquirida	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El parto <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
Homicidio <input type="radio"/> 2		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
Se ignora <input type="radio"/> 9		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
23. NOMBRE		22.7.9 Municipio o delegación	
Mayra Anaiza		22.7.10 Entidad federativa	
Nombre(s)		Primer Apellido Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Hermana	
Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5		En trámite	
Otro médico* <input type="radio"/> 3		*Especifique	
Otro* <input type="radio"/> 8		Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE			