



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

170655043

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.  
ANTE

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Amelia</b> <b>Marco</b><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido  |  |   |  |  |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>09/07/1943</b><br>Día Mes Año  | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>San Luis Potosí</b><br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)                         |  |  |
| 5. CURP<br><b>MAXIA430704MSPRIXM05</b><br>Se ignora <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique |  |  |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>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<br><b>073</b><br>Se ignora <input type="radio"/>   | 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |   |  |  |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Calle Adolfo López Mateos</b><br>10.1 Tipo de vialidad <b>Ejido</b> 10.2 Nombre de la vialidad <b>Jalpilla</b><br>10.3 Núm. Exterior <b>246</b> 10.4 Núm. Interior <b>79930</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Axtla de Terrazas</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b><br>10.7 Código Postal <b>79930</b> 10.8 Localidad <b>Axtla de Terrazas</b> 10.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)   |  |   |  |  |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input 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 type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <b>Ama de Casa</b> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |   |  |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>C2420506</b>   |  |   |  |  |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <b>Adolfo López Mateos</b> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <b>1</b> 14.3 Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |   |  |  |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Calle <b>Adolfo López Mateos</b> 15.1 Tipo de vialidad <b>Jalpilla</b> 15.2 Nombre de la vialidad <b>Axtla de Terrazas</b> 15.3 Núm. Exterior <b>246</b> 15.4 Núm. Interior <b>79930</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>San Luis Potosí</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Axtla de Terrazas</b> 15.7 Código Postal <b>79930</b> 15.8 Localidad <b>San Luis Potosí</b> 15.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa   |  |   |  |  |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>29/06/2017</b> <b>19:30</b><br>Día Mes Año Horas Minutos   |  |   | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   | 18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA?<br>Si <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.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <b>Paro Cardíaco-Respiratorio</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <b>Insuficiencia Respiratoria</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <b>Enfermedades obstructivas pulmonares</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <b>Tuberculosis pulmonar</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo<br><b>Hemorragia tubo digestivo alto</b>   |  |   | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br><b>1 min.</b><br><b>3 días</b><br><b>1 año</b><br><b>1 año</b><br><b>30 min.</b>  | Código CIE   |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE   |  |   | 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>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<br>22.1 Fue un presunto<br>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?<br>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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<br>22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad<br>22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano<br>22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa  |  |   | 23. NOMBRE <b>Tirza</b> <b>Aquino</b> <b>Marco</b><br>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido   |  |
| 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Hija</b>   |  |   | 25. CERTIFICADA POR<br>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<br><b>33940441</b><br>Número de la cédula profesional  |  |   | 27. FIRMA  |  |