



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

Modelo 2017  
FOLIO

170655161

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Blanca Lizbeth Gonzalez Perez</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>11</u> Año <u>1996</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>		
5. CURP <u>160913916111219MS PINRIL013</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>12</u> Para menores de un día: Horas <u>0</u> Para menores de un mes: Días <u>0</u> Para menores de un año: Meses <u>0</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>210</u> Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 3</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>12 de Octubre</u> 10.2 Nombre de la vialidad		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Tercera <input type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ninguna</u>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2404009281</u>		
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 Hospital rural <u>44 Zocatepec</u> IMSS PROSPERA <input checked="" 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		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Carretera</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>San Martín Km 3</u> 15.2 Nombre de la vialidad		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>11</u> Mes <u>07</u> Año <u>2017</u> Horas <u>15</u> Minutos <u>35</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <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) <u>Hemorragia de tubo digestivo alto</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Suboclusión intestinal</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Parálisis Cerebral Infantil</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Epilepsia</u> 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 morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>7 días</u> <u>7 días</u> <u>20 años</u> <u>20 años</u> 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		
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (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 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 Nombre(s) <u>Cirilo</u> Primer Apellido <u>Gonzalez</u> Segundo Apellido <u>Perez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>		

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>8565348</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Omar Paul</u> Primer Apellido <u>Garcia</u> Segundo Apellido <u>Ramirez</u>		28. FIRMA <u>(Firma)</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>San Martín Km 3</u> 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tamazunchale</u> 29.7 Código Postal <u>24040</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>11</u> Mes <u>07</u> Año <u>2017</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>312</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 32.2 Municipio o delegación <u>S.L.P.</u> 32.3 Entidad federativa <u>24072017</u> 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año	

170655161