



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

Módulo 2017
FOLIO
170655355

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA DENTENER 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 POSICIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Reuben Ricardo</u> Primer Apellido <u>Amador</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>08</u> Año <u>2011</u>	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP [Blank]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Blank] Para menores de un día: Horas [Blank] Para menores de un mes: Días [Blank] Para menores de un año: Meses <u>01</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos [Blank] Se ignora ☐	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐				
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle Hidalgo</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Horacio Amador</u> 10.3 Núm. Exterior: [Blank] 10.4 Núm. Interior: [Blank] 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>660000</u> 10.8 Localidad: <u>Mecachiquero</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Completa</u> 11.2 Ocupación habitual: [Blank] Se ignora ☐ 12.1 Trabaja: <u>No</u> 12.2 Si trabaja, especifica: [Blank]					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Blank]					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ 47 <u>240100001</u> 14.1 Nombre de la unidad médica: [Blank] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Blank] 14.3 Via pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☒ Se ignora ☐					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: [Blank] 15.2 Nombre de la vivienda: [Blank] 15.3 Núm. Exterior: [Blank] 15.4 Núm. Interior: [Blank] 15.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 15.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 15.7 Código Postal: [Blank] 15.8 Localidad: [Blank] 15.9 Municipio o delegación: [Blank] 15.10 Entidad federativa: [Blank]					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>09</u> Año <u>2011</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>50</u>			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, estenosis, etc.) a) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Sepsis</u> b) <u>Neumonía adquirida en la comunidad grave</u> Debido a (o como consecuencia de) [Blank] c) [Blank] d) [Blank] e) [Blank] f) [Blank] g) [Blank] h) [Blank] i) [Blank] j) [Blank] k) [Blank] l) [Blank] m) [Blank] n) [Blank] o) [Blank] p) [Blank] q) [Blank] r) [Blank] s) [Blank] t) [Blank] u) [Blank] v) [Blank] w) [Blank] x) [Blank] y) [Blank] z) [Blank] Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: a) <u>3 horas</u> b) <u>1 día</u> c) <u>1 día</u> d) [Blank] e) [Blank] f) [Blank] g) [Blank] h) [Blank] i) [Blank] j) [Blank] k) [Blank] l) [Blank] m) [Blank] n) [Blank] o) [Blank] p) [Blank] q) [Blank] r) [Blank] s) [Blank] t) [Blank] u) [Blank] v) [Blank] w) [Blank] x) [Blank] y) [Blank] z) [Blank] Código CIE: [Blank]		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 45 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐			21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Asesinato ☐ Asesinato premeditado ☐ Asesinato no premeditado ☐ Asesinato por celos ☐ Asesinato por venganza ☐ Asesinato por lucro ☐ Asesinato por odio ☐ Asesinato por otros motivos ☐ Se ignora ☐ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Blank]			22.7 Antes el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Blank] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Blank] 22.7.3 Núm. Exterior: [Blank] 22.7.4 Núm. Interior: [Blank] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 22.7.7 Código Postal: [Blank] 22.7.8 Localidad: [Blank] 22.7.9 Municipio o delegación: [Blank] 22.7.10 Entidad federativa: [Blank]		
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Eligio</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Lopez</u>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Abuelo</u>		
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: <u>Residente médico</u>			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: [Blank]		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Monica</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Vega</u>			28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle Hidalgo</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>San Martín Km 3</u> 29.3 Núm. Exterior: [Blank] 29.4 Núm. Interior: [Blank] 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamazunchale</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>660000</u> 29.8 Localidad: <u>Mecachiquero</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: [Blank]			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>09</u> Año <u>2011</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 31.1 Acta Núm. <u>407</u>			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Tamazunchale</u> 32.2 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>S-L-P</u> 32.4 Día <u>12</u> Mes <u>09</u> Año <u>2011</u>		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD