



# **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

170655617

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

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 BAPTICII APES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) <u>Nino</u>		Primer Apellido <u>Rubio</u>		Segundo Apellido <u>Hernández</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
15	7	0	2017	Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	San Luis Potosí <input type="radio"/>
Día	Mes	Año					24
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
Para menores de 28 días anote:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL		10.2 Nombre de la vialidad	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación: 10		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4		Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
				Chalcoatl		Tamazunchale	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
				Tamazunchale		San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Completa <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		Incompleta <input type="radio"/> 2		12.1 Trabajaba		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Se ignora <input type="radio"/> 99						Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación					
Ninguna <input type="radio"/> 4 IMSS <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PROSPERA <input type="radio"/> 2		IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
						Otro lugar <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
				Tamán		Tamazunchale	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
				Tamazunchale		San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Fecha y hora de la defunción		16.2 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
23/11/2017		12:00		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Día		Mes		Año		Horas	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
				Tamán		Tamazunchale	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
				Tamazunchale		San Luis Potosí	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		19.2 Parte II		19.3 Parte III	
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <u>Asfixia por Alimento</u>		b) <u>Disminución leve</u>		c) <u>Asfixia por Alimento</u>	
		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes							
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica							
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		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		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		El puerperio <input type="radio"/> 3 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
						Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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		22.7.2 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre: <u>Miguel E. Maia</u>		Primer apellido: <u>Rubio</u>		Segundo apellido: <u>Hernández</u>			