



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

FOLIO

170656615

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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 GOBERNAMENTAL,
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARÍS.

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>GERONIMO ISABEL OCTIZ TORREJO</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 2. FECHA DE NACIMIENTO <i>06/06/2015</i> 3. SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>S.L.P.</i> Día Mes Año Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)									
		5. CURP <i>OITJ170606HSPRRAZ</i> 6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora 7. NACIONALIDAD <input type="checkbox"/> Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra 8. EDAD CUMPLIDA <input type="checkbox"/> Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más 9. ESTADO CONYUGAL <input type="checkbox"/> Separado(a) <input checked="" type="checkbox"/> En unión libre 10. RESIDENCIA HABITUAL Minutos Horas Dias 10.1 Tipo de vialidad <i>AV</i> 10.2 Nombre de la vialidad <i>CAPETAL</i> 10.3 Núm. Exterior <i>38</i> 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano <i>XILITLA</i> 10.6 Nombre del asentamiento humano <i>S.L.P.</i> 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)									
		11. ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria 12. Ocupación Habitual <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Profesional 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No 12.2 Se ignora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Posgrado 12.3 Se ignora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta 12.4 Se ignora <input type="checkbox"/>									
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR PROSPERA 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra 14.3 Número de seguridad social o afiliación <input type="checkbox"/> Unidad médica privada 14.4 Se ignora <input type="checkbox"/>									
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>AV</i> 15.1 Tipo de vialidad <i>CAPETAL</i> 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior <i>38</i> 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <i>XILITLA</i> 15.6 Nombre del asentamiento humano <i>S.L.P.</i> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa									
		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>30/10/2017 04:00</i> 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <i>PARO RESPIRATORIO.</i> Debido a (o como consecuencia de) <i>5 min.</i> b) <i>PROBLEMAS CARDIACOS.</i> Debido a (o como consecuencia de) <i>9:00:05</i> c) <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> d) <i>Debido a (o como consecuencia de)</i> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica									
		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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Área industrial <input type="checkbox"/> (taller, fábrica u oficina) 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) Calle o carretera <input type="checkbox"/> Rancho o parcela <input type="checkbox"/> Granja <input type="checkbox"/> (vía pública) 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 <i>GERONIMO OCTIZ MORALES</i> 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>PAPA</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido									
		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input checked="" type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> *Especifique Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otra* <input type="checkbox"/> Número de la cédula profesional									
		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>796817</i> 27. NOMBRE <i>ERNESTO MIRANDA TORRES</i> 28. FIRMA <i>[Firma]</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido									

0656615