



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

FOLIO  
170656615

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) Nombre(s) <u>LEOPOLDO ISRAEL</u> Primer Apellido <u>ORTIZ</u> Segundo Apellido <u>TRIELO</u>				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>06</u> Mes <u>06</u> Año <u>2015</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>S.L.P.</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>01T1250606HSPRRLA9</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		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 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA 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 <u>002</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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>AV. CAJETAL</u> <u>38</u> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad				
10.3 Núm. Exterior <u>Los CAJETALES</u> 10.4 Núm. Interior <u>XILITLA</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal <u>20100</u> 10.8 Localidad <u>XILITLA</u> 10.9 Municipio o delegación <u>S.L.P.</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 11 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación		
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 IMSS PROSPERA <input 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 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>38</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>CAJETALES</u> 15.2 Nombre de la vialidad				
15.3 Núm. Exterior <u>Los CAJETALES</u> 15.4 Núm. Interior <u>XILITLA</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>S.L.P.</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal <u>20100</u> 15.8 Localidad <u>XILITLA</u> 15.9 Municipio o delegación <u>S.L.P.</u> 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>30</u> Mes <u>10</u> Año <u>2017</u> Horas <u>04</u> Minutos <u>00</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

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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>PARO RESPIRATORIO</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>BRONQUITIS AGUDA</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></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>5 MIN.</u> <u>9 DIAS</u>	Código CIE <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> <u></u> <u></u>
--	--	---	---

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u> <u></u> <u></u> <u></u>
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 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u></u> <u></u> <u></u> <u></u>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u></u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u></u>		22.7.1 Tipo de vialidad <u></u>		22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u>
22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u>		22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o delegación <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>		

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) <u>LEOPOLDO</u> Primer Apellido <u>ORTIZ</u> Segundo Apellido <u>MORALES</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>PAPA</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" 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>796817</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>ERNESTO</u> Primer Apellido <u>MIRANDA</u> Segundo Apellido <u>TORRES</u>		28. FIRMA <u></u>	

IFICANTE

0656615