



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170656666

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ARELI		Nombre(s)		ANADOR		Primer Apellido		JIMENEZ		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 10 06 1996		3. SEXO Hombre ☐ 1 Se ignora ☐ 9 Mujer ☒ 2		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) S.L.P.							
5. CURP AAJA960610HSPVRR09		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ☐ ignora ☐ 9 Si ☐ 1 No ☒ 2		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique		Se ignora ☐ 9					
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de una día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año o más Años cumplidos 416		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 416 Calle Pital Heróes							
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 799900		10.5 Tipo de asentamiento humano Xilitla		10.6 Nombre del asentamiento humano S.L.P.		10.7 Tipo de vitalidad 10.2					
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☒ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 9		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL LAB. HOGAR.		Se ignora ☐ 9					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 9		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		14.1 Nombre de la unidad médica CALLE RIVAS HERÁEZ		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.2		13.1 Número de seguridad social o afiliación 15.6			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 416		15.1 Tipo de vitalidad 15.5		15.2 Nombre de la vitalidad 15.10		15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 799900					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 14 12 2017 10 30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 1 No ☐ 2		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☒ 1 No ☐ 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia Respiratoria b) Edema pulmonar c) Inf. vas. pulmonar crónica d) Derrame b.i. crónica					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Insuficiencia Respiratoria b) Edema pulmonar c) Inf. vas. pulmonar crónica d) Derrame b.i. crónica		21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años, especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☒ 4		21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☒ 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 1 No ☒ 2		22.1 Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 1 No ☒ 2 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (rancho o parcela) ☐ 7 Escuela u oficina pública ☐ 2 de servicio ☐ 5 Se ignora ☐ 9			
22.5 La denuncia fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.7		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7		22.7.1 Tipo de vitalidad 22.7.2		22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5		22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7		22.7.8 Localidad 22.7.9	
23. NOMBRE FRANCISCO		Nombre(s)		MARTÍNEZ		Primer Apellido		RUBIO		Segundo Apellido	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☒ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 799917		27. NOMBRE ERNESTO							
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 416		29.1 Tipo de vitalidad 29.2		29.3 Núm. Exterior 29.4		29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6		29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7		29.8 Localidad 29.9	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 799900		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 799900		33.1 Municipio o delegación S.L.P.		33.2 Municipio o delegación 416		33.3 Municipio o delegación 416		33.4 Municipio o delegación 416	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22 12 2017		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22 12 2017		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22 12 2017		33. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22 12 2017		34. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22 12 2017		35. FECHA DE CERTIFICACIÓN 22 12 2017	

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

170656666