



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

170851853

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Horacio Nombre(s)		2. FECHA DE NACIMIENTO 01 07 1992 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP NAAH920701HSPPRR00				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉	
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 menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> O ₆ En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> O ₄ Divorciado(a) <input type="checkbox"/> O ₃		10.2 Nombre de la vialidad Tierra Suelo	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 125 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 7186120		10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		10.9 Municipio o delegación Salinas		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí	
10.7 Código Postal 10.8 Localidad						10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> O ₁ Preescolar <input type="checkbox"/> O ₁₂ Primaria <input type="checkbox"/> O ₃ Secundaria <input type="checkbox"/> O ₅ Bachillerato <input type="checkbox"/> O ₇ Profesional <input checked="" type="checkbox"/> O ₈ Posgrado <input type="checkbox"/> O ₁₀ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ Incompleta <input type="checkbox"/> O ₂		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ No <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉		Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> O ₁ ISSSTE <input type="checkbox"/> O ₃ SEDENA <input type="checkbox"/> O ₅ Seguro Popular <input type="checkbox"/> O ₇ Otra <input type="checkbox"/> O ₈ IMSS <input type="checkbox"/> O ₂ PEMEX <input type="checkbox"/> O ₄ SEMAR <input type="checkbox"/> O ₆ IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> O ₁₀ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ IMSS <input type="checkbox"/> O ₃ PEMEX <input type="checkbox"/> O ₅ SEMAR <input type="checkbox"/> O ₇ Hospital General de Soledad IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> O ₂ ISSSTE <input type="checkbox"/> O ₄ SEDENA <input type="checkbox"/> O ₆ Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> O ₈ Unidad médica privada <input type="checkbox"/> O ₉ SIPSISA011713113		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="checkbox"/> O ₁₀ Otro lugar <input type="checkbox"/> O ₁₂ Hogar <input type="checkbox"/> O ₁₁ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉₉	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 1112 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 7184136		15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		15.9 Municipio o delegación Prolongación Valentín Amador		15.6 Nombre del asentamiento humano Rivas Guillen	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 04 02 2017 11 42 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input checked="" type="checkbox"/> O ₂		15.10 Entidad federativa	
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) Neumonía Debido a (o como consecuencia de)		b) Virus de Inmunodeficiencia Humana Debido a (o como consecuencia de)		c) Probable tuberculosis Pulmonar, Probable Colitis por Citomegalovirus, STOB Debido a (o como consecuencia de)		d) 7 días Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
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				Uso exclusivo del personal codificador	
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: El embarazo <input type="checkbox"/> O ₁ El parto <input type="checkbox"/> O ₂ El puerperio <input type="checkbox"/> O ₃ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> O ₄ No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> O ₅		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente Accidente <input type="checkbox"/> O ₁ Homicidio <input type="checkbox"/> O ₂ Suicidio <input type="checkbox"/> O ₃ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉							
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> O ₁ No <input type="checkbox"/> O ₂ Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> O ₁ Área deportiva <input type="checkbox"/> O ₃ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> O ₁ Calle o carretera <input type="checkbox"/> O ₄ Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> O ₂ Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> O ₅		22.4.1 Área industrial <input type="checkbox"/> O ₆ (taller, fábrica u obra) 22.4.2 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> O ₇ 22.4.3 Otro <input type="checkbox"/> O ₈ 22.4.4 Se ignora <input type="checkbox"/> O ₉		22.4.5 Uso exclusivo del personal codificador	
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		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 7184136		22.7.5 Tipo de asentamiento humano					
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE Antonio Nombre(s)		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> O ₁ Médico legista <input type="checkbox"/> O ₂ Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> O ₃ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> O ₄ Autoridad civil* <input type="checkbox"/> O ₅ Otro* <input type="checkbox"/> O ₈							
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Médico de turno *Especifique		27. NOMBRE Edgardo Alejandro González Covarrubias		28. FIRMA		28.4 Núm. Interior	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle		29.2 Nombre de la vialidad Prolongación Valentín Amador		29.3 Núm. Exterior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano Rivas Guillen		29.7 Código Postal		29.8 Localidad Soledad de Graciano Sanchez		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29.9 Municipio o delegación Soledad de Graciano Sanchez		29.10 Entidad federativa San Luis Potosí		29.11 Teléfono		Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____					

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

170851853
DEL REG. CIVIL