



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

FOLIO
170852233

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) <u>Maria Carmen Rodríguez Manriquez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>01/09/1947</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>ROMC470901MSPDNR08</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	
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>69</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 checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Privada Magdalena Cedillo</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>107</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 10.3 Núm. Exterior <u>784310</u> 10.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>784310</u> 10.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" 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		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 <u>2405038901-01</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General de Soledad 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 <u>Hospital General de Soledad</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> <u>Colonia</u> <u>Prolongación Valentín Amador</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Prolongación Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>784316</u> 15.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>784316</u> 15.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>19/02/2017</u> <u>13:40</u> Día Mes Año Horas Minutos		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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Disfunción Orgánica Múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Choque Séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía Grave</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Lesión Renal Aguda</u> 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 <u>Hipertensión Arterial Sistémica</u> <u>Artritis Reumatoide</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 días</u> <u>3 días</u> <u>3 días</u> <u>3 días</u> <u>20 años</u> <u>30 años</u>	Uso exclusivo del personal codificador 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="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
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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de 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	

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Maria Teresa García Rodríguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>
--	---

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" 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>8025446</u> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <u>Liney Nolasco Rodríguez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Calle Prolongación Valentín Amador 1112</u> 29.1 Tipo de vialidad <u>1112</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Prolongación Valentín Amador</u> <u>Rivas Guillen</u> 29.3 Núm. Exterior <u>784316</u> 29.4 Núm. Interior <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>784316</u> 29.8 Localidad <u>Soledad de Graciano Sanchez</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>19/02/2017</u> Día Mes Año	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	
--	--	---	--



170852233