



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2011

FOLIO

170852233

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 GUBERNAMENTAL,
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s)	Maria Carmen	Rodríguez	Manriquez		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Dia Mes Año	01 09 1947	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	San Luis Potosí	
	5. CURP ROMC470901MSP0UR08	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	7. NACIONALIDAD Mexicano <input checked="" type="radio"/> 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	6 9 Se ignora <input type="radio"/> 9
	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="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Privada	Magdaleno Cedillo
	10.3 Núm. Exterior 78430	10.4 Núm. Interior 107	10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia	10.6 Nombre de la vialidad Soledad de Graciano Sanchez	10.7 Código Postal 78430	10.8 Localidad Soledad de Graciano Sanchez
	10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí	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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	12.2 Semanas de gestación: 2405038901-01	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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	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 Sololá	14.1 Nombre de la unidad médica Unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 78436	15.4 Núm. Interior 1112	15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia	15.6 Nombre del asentamiento humano Rivas Guillen	15.7 Código Postal 19027017	15.8 Localidad Prolongación Valentín Amador
	15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año 19027017	16. Horas 13:40	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"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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) Dispunción Orgánica Múltiple Debido a (o como consecuencia de)	3 días			Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) Choque Septico Debido a (o como consecuencia de)	3 días				
	c) Neumonía Grave Debido a (o como consecuencia de)	3 días				
	d) Lesión Renal Aguda	3 días				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o el estado morbo que la produjo	Hipertensión Arterial Sistémica Artritis Reumatoide	20 años 30 años				
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 estuve 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 Se ignora <input type="radio"/> 99	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	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		
22.7.3 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
22.7.10 Entidad federativa	23. NOMBRE Nombre(s)	Garcia	Rodriguez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Segundo Apellido	Hija	
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 Número de la cédula profesional	80254146				
27. NOMBRE Nombre(s)	Noline	Rodriguez	28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Rivas Guillen	29.2 Nombre de la vialidad 78436	29.3 Núm. Exterior 1112	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia		
29.6 Nombre del asentamiento humano Sololá de Graciano Sanchez	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 19022017		
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	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					

170852233



L. REG. CIVIL