



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

Modelo 2017.1
FOLIO

180642096

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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Placido Jesus Ruiz Rojas</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/01/1963</u>	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Tamaulipas</u>	
5. CURP <u>RURP631005HTS2JL02</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique <input type="text"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: <u>054</u> Años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>calle Insurgentes 146 Barrio San José</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>San José</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>San José</u> 10.3 Num. Exterior: <u>79560</u> 10.4 Num. Interior: <u>79560</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Santa María del Río</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>79560</u> 10.8 Localidad: <u>Santa María del Río</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Guardia de seguridad</u> 11.2 Trabajo <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Guardia de seguridad</u> 12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>2415052259-01</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Soledad <input checked="" type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General de Soledad</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>2415052259-01</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>Protección</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentín Amador</u> <u>colonia</u> 15.3 Num. Exterior: <u>1112</u> 15.4 Num. Interior: <u>1112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rivas Cuillen</u> <u>Soledad de Cracián Sánchez</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>79560</u> 15.8 Localidad: <u>Soledad de Cracián Sánchez</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>09/03/2018</u> 16.1 Tipo de vivienda: <u>0659</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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>Neuromiopatía</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>5 meses</u> b) <u>Crisis convulsivas</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>5 días</u> c) <u>Enfermedad Renal crónica estadio IV</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>2 años</u> d) <u>Enfermedad Renal crónica estadio IV</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>2 años</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>5</u>	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>1112</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentín Amador</u> 22.7.3 Num. Exterior: <u>1112</u> 22.7.4 Num. Interior: <u>1112</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Rivas Cuillen</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad de Cracián Sánchez</u> 22.7.7 Código Postal: <u>79560</u> 22.7.8 Localidad: <u>Soledad de Cracián Sánchez</u> 22.7.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
23. NOMBRE <u>Juan Ruiz</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique <input type="text"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>Si</u> Número de la cédula profesional: <u>1112</u>	
27. NOMBRE <u>Edgardo Alejandro González Carbajal</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Protección</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Valentín Amador</u> <u>Rivas Cuillen</u> 29.3 Num. Exterior: <u>1112</u> 29.4 Num. Interior: <u>1112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Soledad de Cracián Sánchez</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Soledad de Cracián Sánchez</u> 29.7 Código Postal: <u>79560</u> 29.8 Localidad: <u>Soledad de Cracián Sánchez</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>1112</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>09/03/2018</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>180642096</u> Libro Núm. <u>180642096</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Soledad de Cracián Sánchez</u>	