



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

FOLIO

180643442

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Jose Dolores Saldana Medina Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi, México Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO 02/04/1993 Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
5. CURP SAMD930402HSPLDLO9 Se ignora ☐ 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique		Se ignora ☐ 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 025 Se ignora ☐ 9		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 8 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☒ 5 En unión libre ☐ 4 Divorciado(a) ☐ 3 Soltero(a) ☐ 1 Se ignora ☐ 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 6 calle Comunal Juarez Santa Cruz Xamogote 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior 78550 10.4 Núm. Interior Real de Catorce 10.5 Tipo de asentamiento humano Catorce 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 78550 10.8 Localidad San Luis Potosi 10.9 Municipio o delegación			
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☒ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2	
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 ☐ 99		13.1 Número de seguridad social 2412073089	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 2395 Avenida Venustiano Carranza 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior 78290 15.4 Núm. Interior colonia 15.5 Tipo de asentamiento humano zona Universitaria 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal San Luis Potosi 15.8 Localidad San Luis Potosi 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/04/2018 14:30 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paros cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque séptico criptogénico Debido a (o como consecuencia de) b) Falla Orgánica Múltiple Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área de trabajo (taller, fábrica, obra) ☐ 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o vialidad (vía pública) ☐ 2 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 3 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) 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 ocurrió 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 vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda			

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 PARTICULARES 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



M. EN SP. RAUL CARDENAS FLORES
SS-24LE SS. LAB. ESTATAL DE SALUD PUBLICA DE SAN LUIS POTOSI
BEGONIAS NO. 180, FRACC. DALIAS
C.P. 78389, SAN LUIS POTOSI, SLP.
Fax: (444) 824 5468 TEL. 824 9406

Comunico a usted el resultado de la (s) muestra (s) que recibimos el día 11/04/2018 para DIAGNOSTICO de RICKETTSIOSIS

Base	Número	Nombre	Estado	Fecha de toma	Tipo de muestra
RIK	597	SALDAÑA MEDINA JOSE DOLORES	SLP	05/04/2018	SANGRE TOTAL

qPCR: Positivo a Rickettsia spp. Ct (gUA): 29.26 Ct (RP): 19.10

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO Y
REFERENCIA EPIDEMIOLOGICOS



M. en C. Carina Berenice Brito Lora
LABORATORIO DE LEPTOSPIROSIS Y RICKETTSIOSIS

El informe de la prueba se refiere exclusivamente a la muestra probada

El informe de la prueba no podrá ser
reproducido en forma total o parcial
sin la autorización previa del
Laboratorio de pruebas

19 ABR. 2018

Ca. 6
24/04