



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

180646628

EN IREQUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Gengis Vargas Gutierrez			
2. FECHA DE NACIMIENTO 21/05/1977		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Tabasco		5. CURP VAGG770521HTCRTN08	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: 041 Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 1112 calle Leandro Valle colonia 21 de marzo 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 10.7 Código Postal 10.8 Localidad Soledad de Graciano Sanchez 10.9 Municipio o delegación San Luis Potosi 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" 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"/>		12. OCUPACION HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vialidad prolongacion colonia 15.2 Nombre de la vialidad 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad Soledad de Graciano Sanchez 15.9 Municipio o delegación San Luis Potosi 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 1/2/2018 02:54 16.1 Fecha 16.2 Hora	
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	

DE LA DEFUNCION

19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglon. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque septico Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonia adquirida en la comunidad 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 morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 dias 30 dias		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. SI LA DEFUNCION 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 dias 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"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 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 22.7.2 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		20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

23. NOMBRE Adriana del Rocio Ortiz Davila Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Pareja	
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"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 5188421 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Edith Sanjuanero Lopez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO Y TELEFONO prolongacion Valentin Amador 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillen 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior Soledad de Graciano Sanchez 29.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosi 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACION Día Mes Año	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	

180646628

