



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

180647266

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL PÚBLICO Y LAZARO CARDENAS DEL RÍO
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		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ma Luisa Vega Rodríguez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 2. FECHA DE NACIMIENTO 21/08/1939 3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Día Mes Año 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Zacatecas, SLP, Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) 5. CURP VEMR2390621MSPG60SOS 6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Minutos Horas Días Meses Años cumplidos 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Ventilacion Carrera Centro Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad Calle 22-B 7 10.2 Nombre de la vialidad Calle 10.3 Núm. Exterior 179000 10.4 Núm. Interior Ciudad Valles 10.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 1299751874 10.8 Localidad San Luis Potosí 10.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2 12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación 1299751874F193902 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital Guel Zona #50 Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 14.1 Nombre de la unidad médica Hospital Guel Zona #50 14.2 Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro <input type="checkbox"/> 12 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida Teguanteo 15.1 Tipo de vialidad Avenida 15.2 Nombre de la vialidad Teguanteo 15.3 Núm. Exterior 205 15.4 Núm. Interior Colonia 15.5 Tipo de asentamiento humano Fraccionamiento de San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano Fraccionamiento de San Luis Potosí 15.7 Código Postal 179397 15.8 Localidad San Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa San Luis Potosí 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 07/10/2018 23:59 16.1 Día 07 16.2 Mes 10 16.3 Año 2018 16.4 Horas 23 16.5 Minutos 59 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 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) Debido a (o como consecuencia de) Tomar maleno glauco trotones b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) Diabetes mellitus Tumor maligno de mama 19.905 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 4 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 1 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Granja <input type="checkbox"/> 7 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: Anexo 8 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7 Anote 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 23. NOMBRE Ma. Guadalupe Rodríguez Vega Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(FA) FALLECIDO(A) Hija 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Medico de Guadalupe 26.1 Número de la cédula profesional 8454709 27. NOMBRE Hugo Zeniga García Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA K 29. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Teguanteo 29.1 Tipo de vialidad Avenida 29.2 Nombre de la vialidad Teguanteo 29.3 Núm. Exterior 205 29.4 Núm. Interior Colonia 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano Fraccionamiento de San Luis Potosí 29.7 Código Postal 179397 29.8 Localidad San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07/10/2018 Dia Mes Año 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO REGISTRO 2018									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--