

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180647431

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Juana Maria Valencia Alvarado		2. FECHA DE NACIMIENTO 08/02/1968		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí
5. CURP VAAJ680208USPILN04		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 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: 50		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ 6 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): Avenida Cactus 10.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 10.2 Nombre de la vivienda: Cactus 10.3 Núm. Exterior: 78437 10.4 Núm. Interior: 78437 10.5 Tipo de asentamiento humano: Sanidad del Graciano Sanchez 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 78437 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 ☐ 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		12. OCUPACIÓN HABITUAL Intendencia 12.1 Trabajaba: Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
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 o afiliación: 4186880238 IF1968OR		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 médica pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Avenida Tasmanganga 15.2 Nombre de la vivienda: Prados de San Vicente 15.3 Núm. Exterior: 265 15.4 Núm. Interior: 78397 15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 78397 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 Año: 2018 Mes: 00 Día: 37 Horas: Minutos:		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Anemia Post hemorrágica aguda Debido a (o como consecuencia de): b) Coagulación Intravascular Diseminada Debido a (o como consecuencia de): c) Síndrome de la respuesta inflamatoria sistémica de origen traumático Debido a (o como consecuencia de): d) Neumonía Crónica 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 patológico que la produjo: Diabetes Mellitus no insulina dependiente Hidrocéfalo Adquirido		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 2 días 2 días 12 días 1 mes 12 años 2 meses		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒ 2 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 21.3 ¿Las causas anotadas como causas de parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
22. SI 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 22.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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 Rolando Colunga Rodriguez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Esposo 25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 99252878 27. NOMBRE Don Martin Hago Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMAS: 29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda: Tasmanganga 29.2 Nombre de la vivienda: Prados de San Vicente 29.3 Núm. Exterior: 78397 29.4 Núm. Interior: 78397 29.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 78397 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: 4448216362			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 11 Mes: 3 Año: 2018		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			

180647431