



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

180648224

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Petra	Gonzalez	Perez	
		Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		04/08/1957	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Zacatecas Villa Hidalgo	
5. CURP		G6PPS70804N2SINPTOR	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Días	Para menores de un mes <input type="radio"/> Meses	Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos	10 6 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL		
					Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle	Río Volga	10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior		139	10.4 Núm. Interior	Colonia	Frac los Arbolitos	10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		783918	10.8 Localidad	San Luis Potosí	4178520159	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4	ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación 4178520159
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 8	HGZSO	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Avenida	Colonia	Tangamanga	15.2 Nombre de la vialidad	Prados de San Vicente la Sec	15.6 Nombre del asentamiento humano
15.3 Núm. Exterior		205	15.4 Núm. Interior	Colonia	15.9 Municipio o delegación	San Luis Potosí	15.10 Entidad federativa
15.7 Código Postal		783917	15.8 Localidad	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.11 Nombre de la vialidad	15.12 Nombre del asentamiento humano	15.13 Número de seguridad social o afiliación
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		19/12/2018 11:16:11	Dia Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		a) Tumor maligno del cuadrante superior de mama				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.1 Causa de la defunción
PARTE I		Debido a (o como consecuencia de):					Código CIE
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
{ Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa constante anterior, mencionándose en último lugar la causa básica							
b)		Debido a (o como consecuencia de):					
c)		Debido a (o como consecuencia de):					
d)							
PARTE II		Diabetes mellitus				6 años	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Hipertensión				4 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Relación del presunto agresor	
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Código CIE
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ell(a) fallecido(a)		
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	(taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	Área industrial <input type="radio"/> 6 Granja <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 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		22.7.1 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		Robledo		Gonzalez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	Hijo		
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro médico * <input checked="" type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
27. NOMBRE		Gaby Ivan Cobral Flores		Primer Apellido	Segundo Apellido		3371293
Nombre(s)							Número de la cédula profesional
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Av. Linda Tangamanga		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior
Andrés de San Vicente la Sec		783917		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.5 Tipo de asentamiento humano	Colonia
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		Día Mes Año	30. FECHA DE CERTIFICACION
San Luis Potosí							19/12/2018
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					

180648224

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARTICULARES

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG. IL