

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Nombre(s) <u>Petra</u> Primer Apellido <u>Gonzalez</u> Segundo Apellido <u>Perez</u></div>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>Día <u>04</u> Mes <u>08</u> Año <u>1957</u></div>	
3. SEXO <div>Hombre <input type="radio"/> Mujeres <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Zacatecas Villa Hidalgo</u></div>	
5. CURP <div><u>G6PPS710804N2SINPT0R</u> Se ignora <input type="radio"/></div>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>Se <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> ignora <input type="radio"/></div>	
7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____</div>	
8. EDAD CUMPLIDA <div>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 <u>061</u> Se ignora <input type="radio"/></div>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 8.3 Peso (gramos): _____	
9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle <u>Pío Valga</u></u> 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad <u>Fracc. los arbolitos</u> 10.3 Núm. Exterior <u>139</u> 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal <u>783918</u> 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____</div>	
11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____ 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Ama de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>4178520159</u></div>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>HG2SO</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 14.4 Nombre de la vialidad <u>Tangamanga</u> 14.5 Núm. Exterior <u>205</u> 14.6 Núm. Interior _____ 14.7 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 14.8 Nombre del asentamiento humano <u>Prados de San Vicente la Sec</u> 14.9 Código Postal <u>783917</u> 14.10 Localidad _____ 14.11 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 14.12 Entidad federativa _____</div>	
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>Día <u>19</u> Mes <u>11</u> Año <u>2018</u> Horas <u>16</u> Minutos <u>11</u></div>	
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/></div>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Tumor maligno del cuadrante superior derecho</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Diabetes mellitus</u> <u>Hipertensión</u></div>	
19. LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <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"/></div>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE <u>605</u></div>	
21. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>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 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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 Anote 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 _____</div>	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div>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 _____</div>	
23. NOMBRE <div>Nombre(s) <u>Jesús</u> Primer Apellido <u>Robledo</u> Segundo Apellido <u>Gonzalez</u></div>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div><u>Hijo</u></div>	
25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____</div>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>Número de la cédula profesional <u>3371293</u></div>	
27. NOMBRE <div>Nombre(s) <u>García</u> Primer Apellido <u>Ivan</u> Segundo Apellido <u>Cobral Flores</u></div>	
28. FIRMA <div><u>[Firma]</u></div>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Tangamanga</u> 29.3 Núm. Exterior <u>205</u> 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Prados de San Vicente la Sec</u> 29.7 Código Postal <u>783917</u> 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____</div>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>Día <u>19</u> Mes <u>11</u> Año <u>2018</u></div>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	