



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180649576

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

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Manuel Alberto</u> Primer Apellido <u>Gomez</u> Segundo Apellido <u>SANCAS</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>02</u> Mes <u>04</u> Año <u>1974</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>SAN LUIS POTOSI</u>
5. CURP <u>G051N740402HSPIMRNO5</u> Se ignora <input type="radio"/>		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>04</u> Para menores de un día: Horas <u>04</u> Para menores de un mes: Días <u>04</u> Para menores de un año: Meses <u>04</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>44</u> Se ignora <input type="radio"/>		
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle ANITA</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>AVISTA</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Tequisquiapan</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1160A</u> 10.4 Núm. Interior <u>Barrío</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>782150</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>comunicación</u> 11.2 Ocupación habitual <u>comunicación</u> 11.3 Número de seguridad social o afiliación <u>4194741691 IM197408</u>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica <u>H1621501</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>H1621501</u> 14.3 Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Tangamanga</u> 15.3 Núm. Exterior <u>205</u> 15.4 Núm. Interior <u>Colonia</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Pueblo de San Vicente 1ª Sección</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>782150</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>03</u> Mes <u>10</u> Año <u>2019</u> Horas <u>01</u> Minutos <u>13</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <u>choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Meningitis micotica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Infección por virus de inmunodeficiencia humana</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>24 horas</u> Código CIE <u>R572</u> <u>4 días</u> Código CIE <u>G021</u> <u>8 años</u> Código CIE <u>B205</u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u></u>		
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="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): <u></u>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>Anexo 8</u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u></u>		
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u></u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u></u> 22.7.3 Núm. Exterior <u></u> 22.7.4 Núm. Interior <u></u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u></u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u></u> 22.7.7 Código Postal <u></u> 22.7.8 Localidad <u></u> 22.7.9 Municipio o delegación <u></u> 22.7.10 Entidad federativa <u></u>		
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Laila</u> Primer Apellido <u>Mosry</u> Segundo Apellido <u>SANCAS</u>		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermana</u>		
25. CERTIFICANTE POR 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 <u></u>		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3509228</u> Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Juan Martin Hoyos</u> Primer Apellido <u>Serrano</u> Segundo Apellido <u></u>		
28. FIRMA <u></u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 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 <u>Colonia</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Pueblo de San Vicente 1ª Sección</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>782150</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u></u> 29.11 Teléfono <u></u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u></u> Mes <u></u> Año <u></u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

180649576