



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
180650876

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombres: <u>Victor Alfonso</u> Primer Apellido: <u>Castillo</u> Segundo Apellido: <u></u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>26</u> Mes: <u>03</u> Año: <u>1984</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>S. L. P.</u>
5. CURP <u>SACV840326HSAUSC03</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ☐ NO ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días: <u>3</u> días <u>4</u> horas <u>3</u> minutos Para menores de un año: <u>3</u> años <u>4</u> meses <u>3</u> días Para menores de un mes: <u>3</u> días <u>4</u> horas <u>3</u> minutos Para personas de un año o más: <u>34</u> años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>303</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia Real de Potosí</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>303</u> 10.4 Núm. Interior: <u>115</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u> 10.6 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>64000</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): <u>S. L. P.</u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: SI ☐ NO ☒ Se ignora ☐	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>303</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia Real de Potosí</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>303</u> 15.4 Núm. Interior: <u>115</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u> 15.6 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>64000</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>S. L. P.</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>30</u> Mes: <u>10</u> Año: <u>2018</u> Horas: <u>03</u> Minutos: <u>20</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ NO ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI ☐ NO ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u> b) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u> c) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u> d) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo: e) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u> f) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u> g) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u> h) <u>Debido a la enfermedad de la madre</u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>184</u>
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente ☐ 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐
23. NOMBRE Nombres: <u>María Jesús</u> Primer Apellido: <u>Castillo</u> Segundo Apellido: <u>Sánchez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>5292348</u>
27. NOMBRE Nombres: <u>José Antonio De la Cruz</u> Primer Apellido: <u>Alfaro</u> Segundo Apellido: <u></u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>303</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Colonia Real de Potosí</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>303</u> 29.4 Núm. Interior: <u>115</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Urbanización</u> 29.6 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>64000</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>S. L. P.</u> 29.11 Teléfono: <u>6400000000</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>30</u> Mes: <u>10</u> Año: <u>2018</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: <u>1</u> Libro Núm.: <u>1</u> 31.1 Acta Núm.: <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>S. L. P.</u> 32.4 Día: <u>30</u> Mes: <u>10</u> Año: <u>2018</u>

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD