



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

FOLIO

180652078

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Sixta Zúñiga Ramos</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <i>24/04/1964</i> Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP <i>ZURSA640428MSPXMX05</i> Se ignora ☐ 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Se ignora ☐ 9 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: <i>53</i> Años cumplidos Se ignora ☐ 9	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 Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <i>urbano</i> 10.2 Nombre de la vivienda: <i>Carlos Díez Gutiérrez</i> 10.3 Núm. Exterior: <i>18</i> 10.4 Núm. Interior: <i>colonia</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Alameda</i> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 10.7 Código Postal: <i>791306</i> 10.8 Localidad: <i>ciudad del maíz</i> 10.9 Municipio o delegación: <i>ciudad del maíz</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <i>San Luis Potosí</i>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99 Completa ☐ 1 Incompleta ☐ 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Hogar</i> 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: <i>2410935651</i>
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 pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <i>urbano</i> 15.2 Nombre de la vivienda: <i>Carlos Díez Gutiérrez</i> 15.3 Núm. Exterior: <i>18</i> 15.4 Núm. Interior: <i>colonia</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Alameda</i> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 15.7 Código Postal: <i>791306</i> 15.8 Localidad: <i>ciudad del maíz</i> 15.9 Municipio o delegación: <i>ciudad del maíz</i> 15.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>16/01/2018 15:00</i> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) <i>Insuficiencia Renal Crónica</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i></i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i></i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i></i> 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 <i>1 año</i> Código CIE <i>N189</i>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <i>N189</i>		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, 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 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Área deportiva ☐ 3 Vivienda particular ☐ 0 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Área comercial o de servicio ☐ 5 Escuela u oficina pública ☐ 2 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9
22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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
22.7 Anoté 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 <i>Mario Zanella Castillo</i> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>pareja</i> Código CIE <i>01</i>
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO