



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

180652298

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

 ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

<b>DEL FALLECIDO</b>	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	María Cristina Rojas			Primer Apellido	Guerrero			Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO	23071982	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP				6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 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	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	35	Años cumplidos	Para personas de un año o más	
		Minutos	Horas	Días	Meses	35	Se ignora <input type="radio"/> 9			
	Para menores de 28 días anote:	8.2 Semanas de gestación:			8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5		
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:									
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			calle	10.1 Tipo de vialidad	Chiveles			10.2 Nombre de la vialidad
		704	Fraccionamiento	Rioverde	Prados de Festimex					
		10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí			
	791650	Audad Fernández.								
	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
<b>DE LA DEFUNCIÓN</b>	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL	Hogar	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	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	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 99	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 SSSTE <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6	SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	HOSZ No 9	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	29	29	calle		Mallirido	15.2 Nombre de la vialidad			
		15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano			15.6 Nombre del asentamiento humano	San Luis Potosí		
		791600		Rioverde			15.9 Municipio o delegación	15.10 Entidad federativa		
		15.7 Código Postal	15.8 Localidad							
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	11 05 2018	01 00	15.1 Tipo de vialidad		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
		Dia	Mes	Año	Horas	Minutos				
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	PARTE I Enfermedad, lesión o accidente patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica a) Síndrome de Insuficiencia Respiratoria. Debido a (o como consecuencia de) b) Tumerculosis pulmonar. Debido a (o como consecuencia de) c) Tumerculosis cerebral. Debido a (o como consecuencia de)  PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o accidente patológico que la produjo								
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 10 4 3 6									
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>	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 Anote el personal codificador			
	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	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	Otro <input type="radio"/> 8	
	43 días a 11 meses después del parto <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					Se ignora <input type="radio"/> 9			
	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 el(la) 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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Área deportiva <input type="radio"/> 3 (vía pública) <input type="radio"/> 4 Calle o carretera (rancho o parcela) <input type="radio"/> 4	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	Otro <input type="radio"/> 8	
	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 Anote el domicilio donde ocurrió 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			