



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

FOLIO

180652481

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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maria del Rocío Luna Torres</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
| Nombre(s) <u>Luna</u> Primer Apellido<br>Segundo Apellido <u>Torres</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>20111975</u><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><u>San Luis Potosí</u><br>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |
| 5. CURP<br><u>LUTR751120MSPNRCO1</u><br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |
| 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |
| 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |
| 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Minutos<br>Para menores de un día: Horas<br>Para menores de un mes: Días<br>Para menores de un año: Meses<br>Para personas de un año o más: <u>042</u> Años cumplidos<br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/><br>En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)<br>10.1 Tipo de vialidad: <u>200</u><br>10.2 Nombre de la vialidad: <u>Calle Francisco Villa</u><br>10.3 Núm. Exterior: <u>79610</u><br>10.4 Núm. Interior: <u>200</u><br>10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia Santa Cecilia</u><br>10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Rioverde</u><br>10.7 Código Postal: <u>79610</u><br>10.8 Localidad: <u>Rioverde</u><br>10.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u><br>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
| 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/><br>Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
| 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>Secretaria</u><br>Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/><br>IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/><br>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>15.1 Tipo de vialidad: <u>200</u><br>15.2 Nombre de la vialidad: <u>Calle Francisco Villa</u><br>15.3 Núm. Exterior: <u>79610</u><br>15.4 Núm. Interior: <u>200</u><br>15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia Santa Cecilia</u><br>15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Rioverde</u><br>15.7 Código Postal: <u>79610</u><br>15.8 Localidad: <u>Rioverde</u><br>15.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u><br>15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><u>07032018</u> <u>0530</u><br>Día Mes Año Horas Minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |
| 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>Cancer Cervico Uterino</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u><br>c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u><br>d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u><br>Causas antecedentes<br>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica<br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo |                                                                                                                |
| Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br><u>4 años</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |
| Código CIE<br><u>C539</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE<br><u>C539</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/><br>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 checked="" type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
| 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |
| 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/><br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |
| 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/><br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/><br>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):<br><u>C</u> <u>5</u> <u>3</u> <u>9</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>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:<br>22.7.1 Tipo de vialidad: <u>200</u><br>22.7.2 Nombre de la vialidad: <u>Calle Francisco Villa</u><br>22.7.3 Núm. Exterior: <u>79610</u><br>22.7.4 Núm. Interior: <u>200</u><br>22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Colonia Santa Cecilia</u><br>22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Rioverde</u><br>22.7.7 Código Postal: <u>79610</u><br>22.7.8 Localidad: <u>Rioverde</u><br>22.7.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u><br>22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>                                                                                                                                                                        |                                                                                                                |