



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

180654738

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Locke</u> Primer Apellido <u>Cruez</u> Segundo Apellido <u>Perez</u>			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2011</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP <u>101251731834</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>02</u> Para menores de un día: Horas <u>57</u> Para menores de un mes: Días <u>31</u> Para menores de un año: Meses <u>18</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>3</u>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>0251731834</u>		10.1 Tipo de vialidad <u>10.2 Nombre de la vialidad</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>797260</u> 10.4 Núm. Interior <u>1172</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>10.6 Nombre del asentamiento humano</u>		10.7 Código Postal <u>797260</u> 10.8 Localidad <u>10.9 Municipio o delegación</u>	
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 type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2406329122-11</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input 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>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>15.2 Nombre de la vialidad</u>		15.3 Núm. Exterior <u>15.4 Núm. Interior</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>15.6 Nombre del asentamiento humano</u>	
15.7 Código Postal <u>15.8 Localidad</u> 15.9 Municipio o delegación <u>15.10 Entidad federativa</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>16</u> Mes <u>04</u> Año <u>2011</u> Horas <u>11</u> Minutos <u>17</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Enfermedad viral aguda</u> b) <u>Enfermedad viral aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad viral aguda</u> c) <u>Enfermedad viral aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad viral aguda</u> d) <u>Enfermedad viral aguda</u> PARTE II 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 <u>4 días</u> <u>6 días</u> <u>8 días</u> Código CIE <u>U01.9</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"/>		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? <input type="radio"/> Sí <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 industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área deportiva <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"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Madre</u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Nayelli</u> Primer Apellido <u>Cruez</u> Segundo Apellido <u>Perez</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>2182175</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Rafael</u> Primer Apellido <u>Cruez</u> Segundo Apellido <u>Perez</u>		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>29.2 Nombre de la vialidad</u>		29.3 Núm. Exterior <u>29.4 Núm. Interior</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>29.6 Nombre del asentamiento humano</u>	
29.7 Código Postal <u>29.8 Localidad</u> 29.9 Municipio o delegación <u>29.10 Entidad federativa</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>16</u> Mes <u>04</u> Año <u>2011</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>31.1 Acta Núm.</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>32.2 Municipio o delegación</u>	
32.3 Entidad federativa <u>32.4 Día</u> Mes <u>04</u> Año <u>2011</u>		32.5 Entidad federativa <u>32.6 Día</u> Mes <u>04</u> Año <u>2011</u>	

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

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
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

180654738