



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

180656922

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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

180656922

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Georgina Castillo Hernandez		Primer Apellido	Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO				
15 02 1971 Día Mes Año		HombrO ₁ Mujer ₂ Se ignora ₉	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	7. NACIONALIDAD	Se ignora ₉			
CAH6710215MSPSRR08		Si ₁ No ₂ Se ignora ₉₉	Mexicana ₁	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 Años cumplidos	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	47 Se ignora ₉			
10. RESIDENCIA HABITUAL		Calle 5 de Mayo				10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Hulero				Hulero	
10.3 Núm. Exterior 121		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		Tampacán		San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:				12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna ₁ Preescolar ₁₂ Primaria ₃ Secundaria ₅ Bachillerato ₇ Profesional ₈ Posgrado ₁₀ Se ignora ₉₉		Completa ₁ Incompleta ₂				Hogar	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación				Se ignora ₉₉	
Ninguna ₁ ISSSTE ₃ SEDENA ₅ Seguro Popular ₇ Otra ₈ IMSS ₂ PEMEX ₄ SEMAR ₆ IMSS PROSPERA ₁₀ Se ignora ₉₉							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica				Vía pública ₁₀ Otro lugar ₁₂	
Secretaría de Salud ₁ IMSS ₃ PEMEX ₅ SEMAR ₇ IMSS PROSPERA ₂ ISSSTE ₄ SEDENA ₆ Otra unidad médica privada ₈		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				Hogar ₁₁ Se ignora ₉₉	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad				15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Núm. Exterior 121		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		Tampacán		San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19 03 2018 2350 Día Mes Año Horas Minutos		Sí ₁ No ₂ Se ignora ₉₉				Sí ₁ No ₂	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
a) Adenocarcinoma De Colon Debido a (o como consecuencia de)						3 meses	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
b) Sepsis Abdominal Debido a (o como consecuencia de)						20 días	
c) Falla orgánica múltiple Debido a (o como consecuencia de)						4 días	
d) Paro cardiorrespiratorio						5 minutos	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		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 la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ₅		Sí ₁ No ₂		Sí ₁ No ₂		21.5 Causa básica de defunción Código CIE	
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 (taller, fábrica u obra)		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.1 Fue un presunto Accidente ₁ Homicidio ₂ Suicidio ₃ Se ignora ₉		Sí ₁ No ₂ Se ignora ₉₉		Vivienda particular ₀ Área deportiva ₃ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ₁ Calle o carretera (vía pública) ₄ Escuela u oficina pública ₂ Área comercial o de servicio ₅		22.5 Defunción 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		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE		Martin Cruz Manuel		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		Esposo	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		Médico tratante ₁ Médico legista ₂ Otro médico* ₃ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ₄ Autoridad civil* ₅ Otro* ₈		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		6123962	
27. NOMBRE		Gabriela Sarai Rodríguez Zúñiga		28. FIRMA		Número de la cédula profesional	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Julián V.	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		1799140		Tampacán		29.4 Núm. Interior	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.11 Teléfono		29.12		48322671		29.13	
29.14 Fecha de certificación		29.15		73032018		29.16	
29.17		29.18		Día Mes Año		29.19	