



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

FOLIO
180656922

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

DEL INF.
DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Georgina Castillo Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15</u> <u>02</u> <u>1971</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>CAH67110215HSPSR208</u> Se ignora <input type="radio"/>		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"/> Otra <input type="radio"/> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>47</u> Años cumplidos Para menores de un día: <u>47</u> Horas Para menores de un mes: <u>47</u> Días Para menores de un año: <u>47</u> Meses Para personas de un año o más: <u>47</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(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>Calle 5 de Mayo</u> 10.1 Tipo de vialidad: <u>Hulero</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>Hulero</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>121</u> 10.4 Núm. Interior: <u>121</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tampacán</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal: <u>76000</u> 10.8 Localidad: <u>Tampacán</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" 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"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>1</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"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Calle 5 de Mayo</u> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>11</u> 14.3 Nombre de la vialidad: <u>Calle 5 de Mayo</u> 14.4 Tipo de vialidad: <u>Hulero</u> 14.5 Nombre del asentamiento humano: <u>Tampacán</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 14.7 Código Postal: <u>76000</u> 14.8 Localidad: <u>Tampacán</u> 14.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 14.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>121</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>Hulero</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>121</u> 15.4 Núm. Interior: <u>121</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tampacán</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>76000</u> 15.8 Localidad: <u>Tampacán</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>19</u> <u>03</u> <u>2018</u> <u>23</u> <u>50</u> Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Adenocarcinoma De Colon</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Sepsis Abdominal</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Falla orgánica múltiple</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Paro cardiorrespiratorio</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 <u>3 meses</u> <u>20 días</u> <u>4 días</u> <u>5 minutos</u> Código CIE	
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 checked="" type="radio"/>		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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? 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 deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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		23. NOMBRE <u>Martin Cruz Manuel</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6123962</u> Número de la cédula profesional		27. FIRMA <u>Jaime</u>	
27. NOMBRE <u>Gabriela Sarai Rodríguez Zúñiga</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vialidad: <u>121</u> 28.2 Nombre de la vialidad: <u>Hulero</u> 28.3 Núm. Exterior: <u>121</u> 28.4 Núm. Interior: <u>121</u> 28.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tampacán</u> 28.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tampacán</u> 28.7 Código Postal: <u>76000</u> 28.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 28.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 28.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>23</u> <u>03</u> <u>2018</u> Día Mes Año		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>23</u> <u>03</u> <u>2018</u> Día Mes Año	