



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

180657046

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) LESLIE GUADALUPE MARTINEZ SOTERO		2. FECHA DE NACIMIENTO 12/11/02/01/7		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO AVENIDA SAN RAFAEL NUEVO LEON
5. CURP LESLIE GUADALUPE MARTINEZ SOTERO		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐	
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: 015		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐			
10. RESIDENCIA HABITUAL Año de el domicilio permanente donde vivía el fallecido (e): MPIC de GARCIA 515 VALLE DE LINCON		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐			
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Otra unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de Vialidad: ESCUATITLA FRANCISCO Y MADERO 14 15.2 Nombre de la Vialidad: ESCUATITLA 15.3 Núm. Exterior: 14 15.4 Núm. Interior: 14 15.5 Tipo de asentamiento humano: ESCUATITLA 15.6 Nombre del asentamiento humano: SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA SAN LUIS P. 15.7 Código Postal: 22770 15.8 Localidad: ESCUATITLA 15.9 Municipio o delegación: SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA 15.10 Entidad federativa: SAN LUIS P.			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 11 Mes: 04 Año: 2018 Horas: 03 Minutos: 30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) INSUFICIENCIA RENAL Debido a (o como consecuencia de) b) DESHIDRATACION Debido a (o como consecuencia de) c) DESHIDRATACION Debido a (o como consecuencia de) d) DESHIDRATACION Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 06 hrs. 10 días		Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.1 Fue un presunto Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Taller, fábrica u obra ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐		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: ESCUATITLA FRANCISCO Y MADERO 14 22.7.2 Nombre de la vialidad: ESCUATITLA 22.7.3 Núm. Exterior: 14 22.7.4 Núm. Interior: 14 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: ESCUATITLA 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA SAN LUIS P. 22.7.7 Código Postal: 22770 22.7.8 Localidad: ESCUATITLA 22.7.9 Municipio o delegación: SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA 22.7.10 Entidad federativa: SAN LUIS P.			
23. NOMBRE HECTOR MARTINEZ LOPEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) PADRE		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 906579		27. NOMBRE EMILIO LAGUNA BENIGNO			
28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: INDEPENDENCIA 29.2 Nombre de la vialidad: S/N 29.3 Núm. Exterior: CENTRO 29.4 Núm. Interior: CENTRO 29.5 Tipo de asentamiento humano: SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA 29.6 Nombre del asentamiento humano: SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA 29.7 Código Postal: 22770 29.8 Localidad: SAN LUIS POTOSI 29.9 Municipio o delegación: SAN MARTIN CHALCHICUAUTLA 29.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI 29.11 Teléfono: 129 1210412018			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 11 Mes: 04 Año: 2018		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: San Martin Chal 32.2 Municipio o delegación: San Martin Chal 32.3 Entidad federativa: S.L.P. 32.4 Día: 11 Mes: 04 Año: 2018		33. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD			

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

180657046