



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

180657285

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL
FALLECIDO(A)

Reyna Hernandez Hernandez

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

23 01 1999

Día Mes Año

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

SLP

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

HEHR9901123MSPRRY01

Se ignora

99

6. ¿HABLABA ALGUNA
LENGUA INDÍGENA?

SI

No

Se ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

→

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

Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a)

Viudo(a)

Casado(a)

En unión libre

Divorciado(a)

Soltero(a)

Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

Barrio

Localidad

Huizache

Cuaquenta

10.1 Tipo de vialidad

Matlapa

SLP

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

10.9 Municipio o delegación

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna

Bachillerato o preparatoria

Preescolar

Profesional

Posgrado

Primaria

SEDENA

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

Secundaria

Completa

Incompleta

11.1 La escolaridad

seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

Ama de casa

Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otra unidad pública

Seguro Popular

Otra

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Otra unidad médica privada

Unidad médica pública

14.1 Nombre de la unidad médica

Hogar

Se ignora

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública

Otro lugar

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Barrio

Localidad

15.1 Tipo de vialidad

Huizache

Cuaquenta

15.3 Núm. Exterior

15.4 Núm. Interior

15.5 Tipo de asentamiento humano

15.6 Nombre del asentamiento humano

Matlapa

SLP

15.7 Código Postal

15.8 Localidad

15.9 Municipio o delegación

15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

16 06 2018

1800

Día Mes Año

Horas

Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

SI

No

Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

SI

No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Choque hipovolémico producido por herida por disparo de proyectil de arma de fuego penetrante a Tórax

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 morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Inmediato

Uso exclusivo del personal codificador

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

Si

No

Se ignora

21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si

No

Se ignora

21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si

No

Se ignora

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente

Homicidio

Suicidio

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

Calle o carretera

(vía pública)

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

Escuela u oficina pública

Área comercial o de servicio

Otro

Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

Esposo

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

Barrio

Localidad

Matlapa

SLP

22.7.3 Núm. Exterior

22.7.4 Núm. Interior

22.7.5 Tipo de asentamiento humano

22.7.6 Nombre del asentamiento humano

22.7.7 Código Postal

22.7.8 Localidad

22.7.9 Municipio o delegación

22.7.10 Entidad federativa

23. NOMBRE

Margarita

Hernandez

Rubio

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Madre

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante

Médico legista

Otro médico

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

Autoridad civil

Otro

*Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

7049363

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Brenda

Ralo

Lopez

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

28. FIRMA

Brenda

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a 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

180657285