



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

Modelo 2017.1
FOLIO

180657486

*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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES



180657486

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jose Barrera</u> Primer Apellido <u>Feliciano</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>19</u> Mes <u>03</u> Año <u>1934</u>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>	
5. CURP Se ignora ☐ Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u>08</u> Para menores de un día: Horas <u>4</u> Para menores de un mes: Días <u>08</u> Para menores de un año: Meses <u>08</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>084</u> Se ignora ☐	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>2424032442</u>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Loma Alta</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>103</u> 10.4 Núm. Interior: <u>104</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamamucio</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Mateo</u> 10.7 Código Postal: <u>24240</u> 10.8 Localidad: <u>Tamamucio</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>San Mateo</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Secundaria</u> 11.2 Ocupación habitual: <u>Trabajador</u> Se ignora ☐	
12.1 Trabajaba: Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>2424032442</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital rural N44</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>1010</u> 14.3 Lugar: <u>Hogar</u> Se ignora ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Casa</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>San Mateo</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>103</u> 15.4 Núm. Interior: <u>104</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamamucio</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Mateo</u> 15.7 Código Postal: <u>24240</u> 15.8 Localidad: <u>Tamamucio</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>San Mateo</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>21</u> Mes <u>06</u> Año <u>2018</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>00</u>	
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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque Septico</u> b) <u>Enfermedad</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> CAUSAS ANTERECEDENTES 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 morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>300</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐ 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
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 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>100-44</u>	
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>San Mateo</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>103</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>104</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamamucio</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Mateo</u> 22.7.7 Código Postal: <u>24240</u> 22.7.8 Localidad: <u>Tamamucio</u> 22.7.9 Municipio o delegación: <u>San Mateo</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
23. NOMBRE Nombre(s) <u>Isabel</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Nieto</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Nieto</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique: <u>3010231</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>3010231</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Isabel</u> Primer Apellido <u>Martinez</u> Segundo Apellido <u>Nieto</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Localidad</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>San Mateo</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>103</u> 29.4 Núm. Interior: <u>104</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tamamucio</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Mateo</u> 29.7 Código Postal: <u>24240</u> 29.8 Localidad: <u>Tamamucio</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>San Mateo</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>2424032442</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>21</u> Mes <u>06</u> Año <u>2018</u>	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>100-44</u> Libro Núm. <u>100-44</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Tamamucio</u> 32.2 Municipio o delegación: <u>San Mateo</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>21</u> Mes: <u>06</u> Año: <u>2018</u>	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA