



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190662986

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Luis Alexis Moreno Ruiz</i>			
2. FECHA DE NACIMIENTO <i>16/05/2017</i>	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i>	
5. CURP <i>16052017</i>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? 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: <i>2</i>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <i>Calle Tepicpanes</i> 10.1 Tipo de vivienda: <i>140</i> 10.2 Nombre de la vivienda: <i>Formanera</i> 10.3 Núm. Exterior: <i>28360</i> 10.4 Núm. Interior: <i>San Luis Potosí</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 10.7 Código Postal: <i>San Luis Potosí</i> 10.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 10.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <i>San Luis Potosí</i>		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Incompleta ☐ Completa ☐ Se ignora ☐	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ Se ignora ☐	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vivienda: <i>Boulevard</i> 15.2 Nombre de la vivienda: <i>Antonio Rocha Cardero</i> 15.3 Núm. Exterior: <i>2510</i> 15.4 Núm. Interior: <i>78364</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <i>San Juan de Bradalipe</i> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Juan de Bradalipe</i> 15.7 Código Postal: <i>San Luis Potosí</i> 15.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 15.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 15.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION <i>28/02/2019</i> Día: <i>28</i> Mes: <i>02</i> Año: <i>2019</i> Horas: <i>21</i> Minutos: <i>01</i>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <i>Trombosis masiva del riñón Cardíaco</i> Debido a (o como consecuencia de): b) <i>Nervionia adquirida en la comunidad</i> Debido a (o como consecuencia de): c) <i>Debido a (o como consecuencia de):</i> d) <i>Debido a (o como consecuencia de):</i> 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: Código CIE:	
21. SI LA DEFUNCION 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. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION 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 ☐		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Tipo de vivienda: Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ 23.2 Tipo de vivienda: Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
22.3 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <i>22.3.1 Tipo de vivienda: 22.3.2 Nombre de la vivienda: 22.3.3 Núm. Exterior: 22.3.4 Núm. Interior: 22.3.5 Tipo de asentamiento humano: 22.3.6 Nombre del asentamiento humano: 22.3.7 Código Postal: 22.3.8 Localidad: 22.3.9 Municipio o delegación: 22.3.10 Entidad federativa:</i>		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE:	
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: <i>2958095 CASU</i> Número de la cédula profesional:	
27. NOMBRE: <i>José Rubén Méndez Debra</i> Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:		28. FIRMA: <i>José Rubén Méndez Debra</i>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: <i>Boulevard Rocha Cardero</i> 29.1 Tipo de vivienda: <i>2510</i> 29.2 Nombre de la vivienda: <i>San Juan de Bradalipe</i> 29.3 Núm. Exterior: <i>78364</i> 29.4 Núm. Interior: <i>San Luis Potosí</i> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 29.7 Código Postal: <i>San Luis Potosí</i> 29.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 29.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 29.10 Entidad federativa: <i>San Luis Potosí</i> 29.11 Teléfono: <i>4448265002</i>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <i>28/02/2019</i> Día: <i>28</i> Mes: <i>02</i> Año: <i>2019</i>	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO:		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad:	

Rosario José Luis Moreno Pérez 28/02/19

170640