



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1
FOLIO

190663074

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Eduardo Uribe</u> Primer Apellido <u>Canteca</u> Segundo Apellido			
		2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>01</u> Año <u>1974</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad Federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Distrito Federal</u>	
DE LA DEFUNCIÓN		5. CURP <u>UIICE740304HDFRND017</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____	
		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 _____
DE MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Núm. Exterior <u>252</u> 10.4 Núm. Interior <u>166600</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Fraccionamiento Apatzingán</u> 10.7 Código Postal <u>429774086014</u> 10.8 Localidad <u>Jardines de Monterrey</u>	10.2 Nombre de la vialidad <u>Jardines de Monterrey</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Apatzingán</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Jardines de Monterrey</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en plazas) <u>Nayarit</u>	
		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
DE LA DEFUNCIÓN		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital Crisostomo Ibarra</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>429774086014</u>	
		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior <u>205</u> 15.4 Núm. Interior <u>783917</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>colonia San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>429774086014</u> 15.8 Localidad <u>Tlaxco</u>	15.1 Tipo de vialidad <u>avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Tlaxco</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>colonia San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		
DEL CERTIFICANTE		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>16</u> Mes <u>02</u> Año <u>2019</u> Horas <u>23</u> Minutos <u>20</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
		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	a) <u>Influenza con neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) _____		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____	d) _____ 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					
DE LA DEFUNCIÓN		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"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 7 Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 8
DEL CERTIFICANTE		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	22.7.2 Nombre de la vialidad	
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		
DEL CERTIFICANTE		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Veronica Guadalupe Reyes Légal</u> Primer Apellido <u>Reyes</u> Segundo Apellido <u>Légal</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo		
		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 Secretaría de Salud _____ *Especifique _____	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>4831350</u>		
DEL CERTIFICANTE		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Juris Lorena Ruíz</u> Primer Apellido <u>Ruiz</u> Segundo Apellido <u>Lorena</u>	28. FIRMA <u>Juris</u>		
		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Paseo de San Vicente 205 Colonia San Vicente C.P. 43000 San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono <u>82146343</u>	29.2 Número de la vialidad <u>205</u> 29.3 Núm. Exterior <u>205</u> 29.4 Núm. Interior <u>5</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Colonia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Colonia</u> 29.7 Código Postal <u>783917</u> 29.8 Localidad <u>Colonia</u>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Dia <u>16</u> Mes <u>02</u> Año <u>2019</u>	
EG.		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
		33. DECLARACIÓN MÉDICA QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN DEL SECTOR SALUD			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL FOLIO

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 LOS PARTICULARES

190663074