



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190663074

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Eduardo</u> Primer Apellido <u>Uribe</u> Segundo Apellido <u>Cantera</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>10</u> Mes <u>03</u> Año <u>1974</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Distrito Federal</u>
5. CURP <u>UICE740304HDEFIRND07</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>3</u> Minutos Para menores de un día: <u>3</u> Horas Para menores de un mes: <u>3</u> Días Para menores de un año: <u>3</u> Meses Para personas de un año o más: <u>44</u> Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Jardines de la Colina</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>252</u> 10.4 Núm. Interior: <u>252</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento Jardines de Monterrey</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Apodaca</u> 10.7 Código Postal: <u>66600</u> 10.8 Localidad: <u>Apodaca</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>San Luis Potosí</u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Ocupación: <u>Operador de tractor</u>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>92977408601M197406</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General Zona #50</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>205</u>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Parque de San Vicente primera sección</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>78397</u> 15.4 Núm. Interior: <u>78397</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>78397</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u>		
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"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) a) <u>Influenza con neumonía</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes: <u>Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: <u></u>		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>21.0</u>		
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: <u>Accidente</u> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>4831350</u>		
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Julio Lerma Rincón</u> Primer Apellido <u>Lira</u> Segundo Apellido <u>Lira</u>		
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Parque de San Vicente primera sección</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>78397</u> 29.4 Núm. Interior: <u>78397</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>78397</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>8216343</u>		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>16</u> Mes <u>02</u> Año <u>2019</u>		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		



190663074