



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO 190664413

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 LOS Sujetos OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Antonio Gonzalez Morales		ANEXO		
	2. FECHA DE NACIMIENTO	13/10/1915	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	5. CURP	L601M1A51701311915171			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
	8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos
	Para menores de 28 días anote:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:					
	10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle Colonia			10.1 Tipo de vialidad	3C
	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)				10.5 Tipo de asentamiento humano	Piados de San Vicente
	10.3 Núm. Exterior	113	10.4 Núm. Interior	Colonia	10.9 Municipio o delegación	San Luis Potosí
	10.7 Código Postal	78139141	10.8 Localidad	San Luis Potosí	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	San Luis Potosí
	11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es:
		12. Ocupación Habitual	Agenor de Ventas			Se ignora <input type="radio"/>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
		13.1 Número de seguridad social o afiliación	41795704655M1957PE			
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Hospital General de Zumpa	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/>	Otra unidad pública <input type="radio"/> O9	Unidad médica privada <input type="radio"/>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Se ignora <input type="radio"/>
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida Colonia			15.1 Tipo de vialidad	Tangamanga
		205	15.4 Núm. Interior	Colonia	15.5 Tipo de asentamiento humano	Piados de San Vicente
15.7 Código Postal	78139171	15.8 Localidad	San Luis Potosí	15.9 Municipio o delegación	San Luis Potosí	
15.10 Entidad federativa	San Luis Potosí			15.2 Nombre de la vialidad		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	13/04/2011	10:21	10:00	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año	Horas	Minutos		SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
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) <i>Neomeningitis espina dorsal</i> Debido a (o como consecuencia de)				3 días	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
b) <i>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida</i> Debido a (o como consecuencia de)				3 meses		
c) <i>Linfoma de Hodgkin</i> Debido a (o como consecuencia de)				3 meses		
PARTE II						
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)	
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	O5			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
después del parto o aborto <input type="radio"/>						
22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	22.1 Fue un presunto accidente, homicidio o suicidio?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)		
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	O9	Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		
				Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
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					
ANEXO 8						
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			
23. NOMBRE	Gonzalez		Morales		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			Hermano	
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	*Especifique	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
					3047532	
27. NOMBRE	Ruth		Núñez		28. FIRMA	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			X	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Avenida Tlaxcalteca		205		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Núm. Exterior	29.11 Teléfono	29.4 Núm. Interior	
San Luis Potosí	78139171	Colonia				
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	29.12 Núm. Exterior	29.13 Núm. Interior	29.14 Núm. Exterior	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Nombre _____ Libro Núm. _____ Núm. _____ Acta Núm. _____	32.1 Localidad	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día	32.5 Mes	
*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA PARA INTEGRAR LA DEFUNCIÓN. DEBE CONSERVAR ESTA 3 ^a COPIA PARA INTEGRAR LA DEFUNCIÓN.						

190664413
Código de barras

DEL CERTIFICANTE
DEL REG. CIVIL