



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190664413

FOLIO

*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 LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Antonio Gonzalez Morales Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 21/10/1957 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP LGDMIA151710131219HISIPINKIN1957 Se ignora <input type="radio"/> 99 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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: 06/12 Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input 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 checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Calle 30 10.2 Nombre de la vivienda: Piedad de San Vicente 10.3 Núm. Exterior: 113 10.4 Núm. Interior: 176/13/14/1 10.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 10.7 Código Postal: 76131 10.8 Localidad: San Luis Potosí 10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí	
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 checked="" type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Agente de Ventas <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 IMSS <input checked="" 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 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4179570455M1957RE	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" 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: Hospital General de Zona 50 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 14.3 Tipo de establecimiento: Hospital General de Zona 50 14.4 Nombre de la localidad: Tancitaro 14.5 Nombre del asentamiento humano: Piedad de San Vicente 14.6 Nombre del municipio o delegación: San Luis Potosí 14.7 Entidad federativa: San Luis Potosí	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Calle 205 15.2 Nombre de la vivienda: Piedad de San Vicente 15.3 Núm. Exterior: 176/13/14/1 15.4 Núm. Interior: 176/13/14/1 15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 15.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 15.7 Código Postal: 76131 15.8 Localidad: San Luis Potosí 15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Fecha: 13/10/2019 Día Mes Año 16.2 Hora: 11:21 Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía no especificada b) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida c) Linfoma de Hodgkin d) 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 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 3 días 3 meses 3 meses Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador	
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3	
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? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda: Calle 205 22.7.2 Nombre de la vivienda: Piedad de San Vicente 22.7.3 Núm. Exterior: 176/13/14/1 22.7.4 Núm. Interior: 176/13/14/1 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 22.7.7 Código Postal: 76131 22.7.8 Localidad: San Luis Potosí 22.7.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 22.8 Entidad federativa: San Luis Potosí	
23. NOMBRE Bernardo Gonzalez Morales Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano <input type="radio"/> 1	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique: 3047532 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 3047532 27. NOMBRE Rocio Gonzalez Morales Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Calle 205 29.2 Nombre de la vivienda: Piedad de San Vicente 29.3 Núm. Exterior: 176/13/14/1 29.4 Núm. Interior: 176/13/14/1 29.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosí 29.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosí 29.7 Código Postal: 76131 29.8 Localidad: San Luis Potosí 29.9 Municipio o delegación: San Luis Potosí 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosí 29.11 Teléfono: 01304121019 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/30/2019 Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o delegación: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día Mes Año	

190664413

