

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190665820

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		Ramon De La Rosa Martinez	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
19/10/1961		Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		5. HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?	
San Luis Potosi		Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
6. CURP		7. NACIONALIDAD	
ROM26110191HSIPSRM01		Mexicana ☒ Se ignora ☐	
8. EDADES CUMPLIDAS		9. ESTADO CONYUGAL	
Para menores de un año: ☐ Para menores de un día: ☐ Para menores de un mes: ☐ Para menores de un año: ☐ Para personas de un año o más: ☒ 57 años cumplidos		Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD	
10.1 Tipo de vivienda: Calle Bosques de Andalucía		Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐	
10.2 Nombre de la vivienda: Bosques del Oriente		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
10.3 Núm. Exterior: 229		Ninguna ☐ Se ignora ☐	
10.4 Núm. Interior: 784318		12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
10.5 Tipo de asentamiento humano: Sole dnde de Llanos Santa		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
10.6 Nombre del asentamiento humano: San Luis Potosi		Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐	
10.7 Código Postal: 784318		13.1 Número de seguridad social o afiliación: 4181611606-9 SM1961RE	
10.8 Localidad: San Luis Potosi		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	
10.9 Municipio o delegación: San Luis Potosi		Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital General de Zona 50	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosi		14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Zona 50	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15.1 Tipo de vivienda: Arrendada		15.2 Nombre de la localidad: Tangamanga	
15.3 Núm. Exterior: 205		15.4 Núm. Interior: 17813197	
15.5 Tipo de asentamiento humano: San Luis Potosi		15.6 Nombre del asentamiento humano: Pados San Vicente	
15.7 Código Postal: 784318		15.8 Localidad: San Luis Potosi	
15.9 Municipio o delegación: San Luis Potosi		15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
12/10/2017 2:01		Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
Si ☐ No ☒		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		a) Acidosis	
Código CIE		Debido a (o como consecuencia de)	
10 años		b) Enfermedad renal crónica, etapa 5	
10 años		Debido a (o como consecuencia de)	
10 años		c) Disfunción renal crónica clasificada en otra parte	
10 años		Debido a (o como consecuencia de)	
10 años		d) Diabetes mellitus asociada con dislipidemia	
10 años		E127	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
Código CIE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	
E872		El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐	
N185		43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
J97X		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
E127		Si ☐ No ☒	
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 ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Esquela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐	
Anexo 8		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 vivienda	
22.7.2 Nombre de la vivienda		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		22.7.11 Entidad federativa	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Luisa Torres		Esposa	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		Si ☐ No ☒	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
Juan Martin Hoyos		38734121	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		29.1 Tipo de vivienda	
Arrendada		29.2 Nombre de la localidad	
Tangamanga		29.3 Núm. Exterior	
29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	
29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono	
29.12 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad	