



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

17064

190667471

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) RODRIGUEZ MARTINEZ MILAGROS NAHOMI		
2. FECHA DE NACIMIENTO 18/02/2019	3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI
5. CURP [Blank]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Especifica: [Blank]
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Para menores de un día: [Blank] Para menores de un mes: [Blank] Para menores de un año: [Blank] Para personas de un año o más: 9 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Estando en: ☐ Separado/a: ☐ Viudo/a: ☐ Casado/a: ☐ En unión libre: ☐ Divorciado/a: ☐ Soltero/a: ☒ Se ignora: ☐	10. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanentemente donde vivía el fallecido(a): CALLE SAN ANTONIO COLONIA CENTRO
10.1 Tipo de vivienda 41	10.2 Nombre de la vivienda SAN ANTONIO CENTRO	10.3 Num. Exterior: 78622 10.4 Num. Interior: [Blank] 10.5 Tipo de asentamiento humano SALINAS DE HIDALGO 10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI
11. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria ☐ Superior ☐ Bachillerato o equivalente: [Blank]	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐	12. OCUPACION HABITUAL NINGUNA
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISSPROSPERA ☐ Otra: ☐	13.1 Número de seguridad social o afiliación 2403052150	14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ ISS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ ISS PROSPERA ☐ Otra: [Blank]
14.1 Nombre de la unidad médica HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER DR. ALBERTO LOPEZ HERMOSA	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Blank]	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN BOULEVARD ANTONIO ROCHA CORONA
15.1 Tipo de vivienda 2510	15.2 Nombre de la vivienda SAN JUAN DE GUADALUPE	15.3 Num. Exterior: 78364 15.4 Num. Interior: [Blank] 15.5 Tipo de asentamiento humano SAN LUIS POTOSI 15.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI
15.7 Código Postal 24030	15.8 Localidad SAN LUIS POTOSI	15.9 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSI
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 13 Mes: 12 Año: 2019 Horas: 01 Minutos: 46	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: NEUMONÍA Debido a (o como consecuencia de): [Blank] Causas antecedentes (Lesiones mortales, si existiera alguna, que produjeron la causa connotada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica): a) [Blank] b) [Blank] c) [Blank] d) [Blank] PARTE II Otras afecciones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado mortal que la produjo: HIDROCEFALIA CONGENITA RETRASO PSICOMOTRIZ		Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 1 día Código CIE: [Blank]
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (edificio, apartamento, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Recreación u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, talleres u otros) ☐ Granja (campo o parcelas) ☐ Otro: ☐ Se ignora ☐
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): [Blank]		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]
24. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 24.1 Tipo de vivienda: [Blank] 24.2 Nombre de la vivienda: [Blank] 24.3 Num. Exterior: [Blank] 24.4 Num. Interior: [Blank] 24.5 Tipo de asentamiento humano: [Blank] 24.6 Nombre del asentamiento humano: [Blank] 24.7 Código Postal: [Blank] 24.8 Localidad: [Blank] 24.9 Municipio o delegación: [Blank] 24.10 Entidad federativa: [Blank]		

13 DE DICIEMBRE 2019
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL
JOSÉ DE JESÚS RODRIGUEZ LARA
REC