



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

FOLIO

190667600

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION EN POSESION DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>J. Carmel Duron Aguilar</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Zacatecas</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>20/07/1969</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP <u>DUIAIC690720H2SBGRO1</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? 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: <input type="radio"/> Para menores de un día: <input type="radio"/> Para menores de un mes: <input type="radio"/> Para menores de un año: <input type="radio"/> Para personas de un año o más: <u>05</u> años cumplidos	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): Calle <u>Gral. Valentín Canalis</u> 10.1 Tipo de vialidad Colonia <u>Libertad de México</u> 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior <u>104</u> 10.4 Núm. Interior <u>104</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACION HABITUAL <u>Chofer</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>41067502612419690R</u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>HGZ N° 50</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vialidad <u>205</u> 15.2 Nombre de la vialidad Colonia <u>Tangamanga</u> 15.3 Núm. Exterior <u>205</u> 15.4 Núm. Interior <u>205</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día <u>22</u> Mes <u>08</u> Año <u>2019</u> Horas <u>13</u> Minutos <u>25</u>	
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía grave</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>7 días</u> <u>3 semanas</u> Código CIE	
21. ¿LA DEFUNCION 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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <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"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Anexo 8</u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>Anexo 8</u>	
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 vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 22.7.3 Núm. Exterior <u>205</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>205</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 22.7.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE <u>Hana Hermila Diaz Flores</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>España</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input 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 MEDICO Número de la cédula profesional <u></u>	
27. NOMBRE <u>Arturo Orozco Gutierrez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u></u>	
29. DOMICILIO Y TELEFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Av. Tangamanga</u> 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior <u>205</u> 29.4 Núm. Interior <u>205</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACION Día <u>22</u> Mes <u>08</u> Año <u>2019</u>	