



Mpio TX 4 Sept

Modelo 2017.1
FOLIO

190674737

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Juan Montero Rubio		
2. FECHA DE NACIMIENTO 1200 1944		
3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí		
5. CURP MORJ 440612 HSPN BNOI		
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Para menores de un día <input type="checkbox"/> Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Para menores de un año <input type="checkbox"/> Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Minutos Horas Días		
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 31 ejido mesa del junco San Luis Potosí		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2		
12. OCUPACIÓN HABITUAL Jardero <input type="checkbox"/> 41 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEMAR <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Hospital General de Rioverde Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 99 SPSSA 000945		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN SN calle Coama esq. callejón a San Goro Centro		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 1709 2019 0830		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
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) Neumonía Atípica. Debido a (o como consecuencia de) b) Tubercolosis Pulmonar. Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morbo que la produjo Diabetes Mellitus tipo II Hipertensión Arterial Crónica.		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE A162		
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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Area industrial <input type="checkbox"/> 6 Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		
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 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 Paulina Montero Castro		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija. 02		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 *Especifique		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 922SS61 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Hugo Alberto Martínez Morales		
28. FIRMA		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO calle Coama esq. callejón San Goro SN Centro Rioverde San Luis Potosí		
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 Municipio o delegación 29.13 Entidad federativa		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 17092019		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01, Libro Núm. 05 31.1 Acta Núm. 625		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad Rioverde 32.2 Municipio o delegación Rioverde 32.3 Entidad federativa San Luis Potosí 32.4 Día Mes Año		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
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 PARTICULARES

190674737