



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

Modelo 2017.1

FOLIO

190675113

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

LC TODOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Procopio Sanchez Hernandez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido					
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>08/09/1946</u> 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 <u>Queretaro</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP <u>SAHP460708HQTN2R07</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <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 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique		
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: <u>072</u> Años cumplidos 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 Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: <u>Privada</u> 10.2 Nombre de la vialidad: <u>Aguascalientes</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>791153</u> 10.4 Núm. Interior: <u>Ebano</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ebano</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Blos.</u> 10.7 Código Postal: <u>791153</u> 10.8 Localidad: <u>Ebano</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>Ebano</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>San Luis Blos.</u>					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 <u>Jornalero</u> Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital <u>Basico Comunitario Ebano</u> 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: <u>SPSSA 002770</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>SPSSA 002770</u>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: <u>Privada</u> 15.2 Nombre de la vialidad: <u>Paseo de la Paz</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>791160</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Ebano</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Ebano</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Blos.</u> 15.7 Código Postal: <u>791160</u> 15.8 Localidad: <u>Ebano</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>Ebano</u> 15.10 Entidad federativa: <u>San Luis Blos.</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/01/2019</u> <u>18:15</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) <u>Neumonía adquirida en comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Tuberculosis pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes Mellitus</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE <u>2 días</u> <u>2 meses</u> <u>2 años</u> <u>20 días</u>					
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 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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 Anotar 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 Se ignora <input type="radio"/> 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 <u>Nancy Sanchez Garcia</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>			
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: Número de la cédula profesional:		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 27. NOMBRE <u>Victor Antonio Pina Gutierrez</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA <u>[Firma]</u> 29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vialidad: <u>Rafael Barrios</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>3</u> 29.4 Núm. Interior: <u>4pts</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Glacia</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Pedraza</u> 29.7 Código Postal: <u>791150</u> 29.8 Localidad: <u>Ebano</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>Ebano</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>8452635338</u>			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/01/2019</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>Ebano</u> <u>12/01/2019</u>			