



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

FOLIO

190675197

ENTREGAR EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN 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) LUCEO DE JESUS MARTINEZ NAVARRO		2. FECHA DE NACIMIENTO 15 01 2018		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI	
5. CURP MANL180115MSPRVCAB		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <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: Minutos: Horas: 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: Años cumplidos: 001	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <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 Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): CALLE PRINCIPAL		10.1 Tipo de vialidad SIN NUMERO		10.2 Nombre de la vialidad PUEBLO VERDE	
10.3 Núm. Exterior: 79704		10.4 Núm. Interior: PUERTO VERDE		10.5 Tipo de asentamiento humano TAMASOPO		10.6 Nombre del asentamiento humano SAN LUIS POTOSI	
10.7 Código Postal: 79704		10.8 Localidad: PUERTO VERDE		10.9 Municipio o delegación: TAMASOPO		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSI	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL NINGUNA		12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación 2407625411-8		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica FRANCISCO JAVIER MINA ESQUINA CON ALLEN	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 15.1 Tipo de vialidad: SIN NUMERO		15.2 Nombre de la vialidad: FRANCISCO JAVIER MINA ESQUINA CON ALLEN		15.3 Núm. Exterior: 79710		15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: TAMASOPO	
15.6 Nombre del asentamiento humano: TAMASOPO		15.7 Código Postal: 79710		15.8 Localidad: TAMASOPO		15.9 Municipio o delegación: TAMASOPO	
15.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01 02 2019 16 30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de): b) NEUMONIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de): c) SINDROME SMITH-LEMLI-OPITZ Debido a (o como consecuencia de): d) 1 AÑO		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 HORAS 2 DIAS 1 AÑO		Código CIE 2 2 1		Código CIE 2 2 1	
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"/> 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? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 9343237	
22. SI 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? Si <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"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): MADE	
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: SIN NUMERO		22.7.2 Nombre de la vialidad: PUERTO VERDE		22.7.3 Núm. Exterior: 79710	
22.7.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: TAMASOPO		22.7.5 Tipo de asentamiento humano: TAMASOPO		22.7.6 Nombre del asentamiento humano: TAMASOPO		22.7.7 Código Postal: 79710	
22.7.8 Localidad: TAMASOPO		22.7.9 Municipio o delegación: TAMASOPO		22.7.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI		23. NOMBRE MARIA PAULA NAVARRO DE LA CRUZ	
23.1 Tipo de vialidad: SIN NUMERO		23.2 Nombre de la vialidad: PUERTO VERDE		23.3 Núm. Exterior: 79710		23.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: TAMASOPO	
23.5 Tipo de asentamiento humano: TAMASOPO		23.6 Municipio o delegación: TAMASOPO		23.7 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI		23.8 Teléfono: 79710	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MADE		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" 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 MÉDICO Número de la cédula profesional 9343237		27. NOMBRE MARIA AUCIA GONZALEZ ZARAZUA	
28. FIRMA 9343237		29. DOMICILIO Y TELÉFONO CALLE PORFIRIO DIAZ		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 01 02 2019		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 190675197	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 190675197		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 190675197		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 190675197		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 190675197	