



MAXIMILIANO CHAVEZ ROJO

# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190675771

356.167

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Maximiliano Chavez Rojo</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>02/03/1930</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>
	5. CURP <u>CDRM30030245PHJX05</u>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>89</u> años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle HORACIO SANCHEZ</u>		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
DE LA DEFUNCIÓN	10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
	10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
	11.2 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"/>		11.3 Ocupación Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
	15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
	15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
DEL CERTIFICANTE	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>31/03/2019 15:39</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)		19.1 Tipo de vialidad		19.2 Nombre de la vialidad	
	19.3 Núm. Exterior		19.4 Núm. Interior		19.5 Tipo de asentamiento humano	
	19.7 Código Postal		19.8 Localidad		19.9 Municipio o delegación	
DEL REG. CIVIL	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <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"/>		21.3 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	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"/> 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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		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 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		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de 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>Carlos Chavez Almaraz Nieto</u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input 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 MÉDICO <u>1979285</u>		27. NOMBRE <u>Julia Casan Cortes</u>		
27.1 Tipo de vialidad		27.2 Nombre de la vialidad		27.3 Núm. Exterior		
27.4 Núm. Interior		27.5 Tipo de asentamiento humano		27.6 Nombre del asentamiento humano		
27.7 Código Postal		27.8 Localidad		27.9 Municipio o delegación		
27.10 Entidad federativa		27.11 Teléfono		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		
29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		
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		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>31/03/2019</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>                    </u> , Libro Núm. <u>                    </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
31.1 Acta Núm. <u>                    </u>		32.1 Localidad <u>                    </u>		32.2 Municipio o delegación <u>                    </u>		
32.3 Entidad federativa <u>                    </u>		32.4 Día <u>                    </u>		32.5 Mes <u>                    </u>		
32.6 Año <u>                    </u>		32.7 Día <u>                    </u>		32.8 Mes <u>                    </u>		
32.9 Año <u>                    </u>		32.10 Día <u>                    </u>		32.11 Mes <u>                    </u>		
32.12 Año <u>                    </u>		32.13 Día <u>                    </u>		32.14 Mes <u>                    </u>		
32.15 Año <u>                    </u>		32.16 Día <u>                    </u>		32.17 Mes <u>                    </u>		
32.18 Año <u>                    </u>		32.19 Día <u>                    </u>		32.20 Mes <u>                    </u>		
32.21 Año <u>                    </u>		32.22 Día <u>                    </u>		32.23 Mes <u>                    </u>		
32.24 Año <u>                    </u>		32.25 Día <u>                    </u>		32.26 Mes <u>                    </u>		
32.27 Año <u>                    </u>		32.28 Día <u>                    </u>		32.29 Mes <u>                    </u>		
32.30 Año <u>                    </u>		32.31 Día <u>                    </u>		32.32 Mes <u>                    </u>		
32.33 Año <u>                    </u>		32.34 Día <u>                    </u>		32.35 Mes <u>                    </u>		
32.36 Año <u>                    </u>		32.37 Día <u>                    </u>		32.38 Mes <u>                    </u>		
32.39 Año <u>                    </u>		32.40 Día <u>                    </u>		32.41 Mes <u>                    </u>		
32.42 Año <u>                    </u>		32.43 Día <u>                    </u>		32.44 Mes <u>                    </u>		
32.45 Año <u>                    </u>		32.46 Día <u>                    </u>		32.47 Mes <u>                    </u>		
32.48 Año <u>                    </u>		32.49 Día <u>                    </u>		32.50 Mes <u>                    </u>		
32.51 Año <u>                    </u>		32.52 Día <u>                    </u>		32.53 Mes <u>                    </u>		
32.54 Año <u>                    </u>		32.55 Día <u>                    </u>		32.56 Mes <u>                    </u>		
32.57 Año <u>                    </u>		32.58 Día <u>                    </u>		32.59 Mes <u>                    </u>		
32.60 Año <u>                    </u>		32.61 Día <u>                    </u>		32.62 Mes <u>                    </u>		
32.63 Año <u>                    </u>		32.64 Día <u>                    </u>		32.65 Mes <u>                    </u>		
32.66 Año <u>                    </u>		32.67 Día <u>                    </u>		32.68 Mes <u>                    </u>		
32.69 Año <u>                    </u>		32.70 Día <u>                    </u>		32.71 Mes <u>                    </u>		
32.72 Año <u>                    </u>		32.73 Día <u>                    </u>		32.74 Mes <u>                    </u>		
32.75 Año <u>                    </u>		32.76 Día <u>                    </u>		32.77 Mes <u>                    </u>		
32.78 Año <u>                    </u>		32.79 Día <u>                    </u>		32.80 Mes <u>                    </u>		
32.81 Año <u>                    </u>		32.82 Día <u>                    </u>		32.83 Mes <u>                    </u>		
32.84 Año <u>                    </u>		32.85 Día <u>                    </u>		32.86 Mes <u>                    </u>		
32.87 Año <u>                    </u>		32.88 Día <u>                    </u>		32.89 Mes <u>                    </u>		
32.90 Año <u>                    </u>		32.91 Día <u>                    </u>		32.92 Mes <u>                    </u>		
32.93 Año <u>                    </u>		32.94 Día <u>                    </u>		32.95 Mes <u>                    </u>		
32.96 Año <u>                    </u>		32.97 Día <u>                    </u>		32.98 Mes <u>                    </u>		
32.99 Año <u>                    </u>		32.100 Día <u>                    </u>		32.101 Mes <u>                    </u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



190675771