



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

Modelo ZU1 / 1

FOLIO

190676904

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Aurelio Reyes Primer Apellido	Segundo Apellido Hernandez	
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día 15 Mes 01 Año 1955	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) San Luis Potosí
5. CURP REHA550115HSPYRIR09	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="checkbox"/> Minutos 146 Para menores de un día <input type="checkbox"/> Horas 1 Para menores de un mes <input type="checkbox"/> Días 1 Para menores de un año <input type="checkbox"/> Meses 1 Para personas de un año o más <input type="checkbox"/> Años cumplidos 069 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Veracruz, 146 10.1 Tipo de vialidad Calle 10.2 Nombre de la vialidad Veracruz	
10.3 Núm. Exterior 191225 10.4 Núm. Interior 191225 10.5 Tipo de asentamiento humano Los Huastecos - Tamuín 10.7 Código Postal 2405111385	10.8 Localidad Tamuín	10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" 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	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL Jornalero 2405111385 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input 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	13.1 Número de seguridad social o afiliación 2405111385	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 191225 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada 09 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad médica pública 08	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 191225	15.1 Tipo de vialidad Calle	15.2 Nombre de la vialidad Veracruz	
15.3 Núm. Exterior 191225 15.4 Núm. Interior 191225 15.5 Tipo de asentamiento humano Los Huastecos	15.6 Nombre del asentamiento humano Tamuín	15.10 Entidad federativa San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 19 Mes 08 Año 2019 Horas 16 Minutos 30	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" 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) In insuficiencia respiratoria Aquella 1 hora Debido a (o como consecuencia de)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) In insuficiencia cardíaca 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	c) Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de)		
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	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	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
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"/> 9	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 8	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Rancho o parcela <input type="checkbox"/> 7 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 191225 22.7.4 Núm. Interior 191225	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 Florinda Hernandez Martinez Nombre(s) Florinda Primer Apellido Hernandez Segundo Apellido Martinez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo 3297316		
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 Hijo 3297316 Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE Martha Lucia Zetina Torres Nombre(s) Martha Lucia Primer Apellido Zetina Segundo Apellido Torres	28. FIRMA (F)		
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad Av. 191225 29.6 Nombre del asentamiento humano Los Huastecos 29.9 Municipio o delegación Tamuín	29.2 Nombre de la vialidad SIN 29.7 Código Postal 2405111385 29.10 Entidad federativa San Luis Potosí	29.3 Núm. Exterior 191225 29.8 Localidad Los Huastecos 29.11 Teléfono	29.4 Núm. Interior 191225 29.5 Tipo de asentamiento humano
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO 191225	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 29.12 Núm. Exterior 191225 29.13 Núm. Interior 191225 29.14 Entidad federativa San Luis Potosí	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 150812019	