SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2000 FOLIO 19067785

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Andres; Primer Apellido: Martinez; Segundo Apellido: Chavez

2. FECHA DE NACIMIENTO: Día 30 Mes 11 Año 1940

3. SEXO: Hombre (X) 1 Mujer ( ) 2 Se ignora ( ) 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Hidalgo (Entidad federativa o país (si nació en el extranjero))

5. CURP: MACA401130HHGRHN05 Se ignora ( ) 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ( ) 1 No (X) 2 Se ignora ( ) 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana (X) 1 Otra ( ) 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 078 Años cumplidos. Se

Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ; 8.2 Semanas de gestación: ; 8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) ( ) 6 Viudo(a) ( ) 2 Casado ( ) En unión libre ( ) 4 Divorciado(a) ( ) 3 Soltero(a) (X) 1 Se i

10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vialidad; 10.2 Nombre de la vialidad; 10.3 Núm. Exterior; 10.4 Núm. Interior; 10.5 Tipo de asentamiento humano; 10.6 Nombre del asentamiento humano; 10.7 Código Postal; 10.8 Localidad: San Pedro Xochicuauco; 10.9 Municipio o delegación: Pisaflores; 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el e: Hidalgo

11. ESCOLARIDAD: Ninguna ( ) 1 Preescolar ( ) 12 Primaria (X) 3 Secundaria ( ) 5 Bachillerato o preparatoria ( ) 7 Profesional ( ) 6 Posgrado ( ) 10 Se ignora ( ) 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ( ) 1 Incompleta (X) 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Campesino

12.1 Trabajaba: Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora ( )

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ( ) 1 ISSSTE ( ) 3 SEDENA ( ) 5 Seguro Popular (X) 7 Otra ( ) 8 IMSS ( ) 2 PEMEX ( ) 4 SEMAR ( ) 6 IMSS PROSPERA ( ) 10 Se ignora ( ) 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación: 304035796

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ( ) 1 IMSS ( ) 3 PEMEX ( ) 5 SEMAR ( ) 7 IMSS PROSPERA (X) 2 ISSSTE ( ) 4 SEDENA ( ) 6 Otra unidad pública ( ) 8 Unidad médica privada ( ) 9

14.1 Nombre de la unidad médica: HR 44 Zacatipan

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): Vía pública ( ) 10 Hogar ( ) 1 Se ig

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: Carretera; 15.2 Nombre de la vialidad: San Martin km3; 15.3 Núm. Exterior: S/N; 15.4 Núm. Interior: ; 15.5 Tipo de asentamiento humano: colonia; 15.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipan; 15.7 Código Postal: ; 15.8 Localidad: Zacatipan; 15.9 Municipio o delegación: Tamazunchale; 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosi

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día 18 Mes 03 Año 2019 Horas 06 Minutos 37

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí (X) 1 No ( ) 2 Se ignora ( ) 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECRO: Sí ( ) 1 No (X)

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) Neumonia adquirida en la comunidad — Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 2 dias

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) Secuelas de Tuberculosis — 10 años

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

PARTE II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Uso exclusivo del personal

20. CAUSA BÁSICA DE DEFU Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ( ) 1 El parto ( ) 2 El puerperio ( ) 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ( ) 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ( ) 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ( ) 1 No ( ) 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto: Accidente ( ) 1 Homicidio ( ) 2 Suicidio ( ) 3 Se ignora ( ) 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ( ) 1 No ( ) 2 Se ignora (X) 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ( ) 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ( ) 1 Escuela u oficina pública ( ) 2 Área deportiva ( ) 3 Calle o carretera (vía pública) ( ) 4 Área comercial o de servicio ( ) 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ( ) 6 Granja (rancho o parcela) ( ) 7 Otro ( ) 8 Se ignora ( ) 9

22.4 Anote 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, circunstancias 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

DEL INF.

23. NOMBRE: Nombre(s): Pedro; Primer Apellido: Mancillas; Segundo Apellido: Sanchez

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Sobrino

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ( ) 1 Médico legista ( ) 2 Otro médico* (X) 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ( ) 4 Autoridad civil* ( ) 5 Otro* ( ) 6 *Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 6315416

27. NOMBRE: Nombre(s): Adelaido; Primer Apellido: Garrido; Segundo Apellido: Peralta

28. FIRMA

29. DOMICILIO y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: Carretera; 29.2 Nombre de la vialidad: San Martin km3; 29.3 Núm. Exterior: S/N; 29.4 Núm. Interior: ; 29.5 Tipo de asentamiento humano: colonia; 29.6 Nombre del asentamiento humano: Zacatipan; 29.7 Código Postal: ; 29.8 Localidad: Zacatipan; 29.9 Municipio o delegación: Tamazunchale; 29.10 Entidad federativa: San Luis Potosi; 29.11 Teléfono:

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día 18 Mes 03 Año 2019

EL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____, Libro Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad

19067855