



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

Número 2017.1  
FOLIO  
190678183

78183

Original - Teodoro Villada  
Recibo Certificado  
\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

| DEL FALLECIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DEL FALLECIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DEL FALLECIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>Agustina</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br>Día 14 Mes 01 Año 1981                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                                          | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br>San Luis Potosí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5. CURP<br>MAMA8110114MSPRKLG01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                              |
| 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                                                                                    | 8. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: Minutos 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 9. ESTADO CONYUGAL<br>Separado(a) <input type="radio"/> 06 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05                                                                                                                                                    | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a):<br>10.1 Tipo de vivienda: <b>Ciudad</b><br>10.2 Nombre de la vivienda: <b>Tacá</b><br>10.3 Núm. Exterior: <b>103</b> Núm. Interior: <b>104</b> Tipo de asentamiento humano: <b>Tamazunchale</b><br>10.4 Localidad: <b>Tamazunchale</b> 10.5 Municipio o delegación: <b>San Luis Potosí</b><br>10.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 10.7 Código Postal: <b>77000</b> 10.8 Localidad: <b>Tacá</b> 10.9 Municipio o delegación: <b>Tamazunchale</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <b>México</b> | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 05<br>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>11.1 La escolaridad se econcluida es: <b>Alta de casa</b> 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br>12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                            | 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <b>13</b>                                                                                                                                                                                                                                                |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input checked="" type="radio"/> 03 SEMAR <input type="radio"/> 07<br>IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09 | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>5.1 Tipo de vivienda: <b>Ciudad</b> 15.2 Tipo de vitalidad: <b>15</b><br>15.3 Núm. Exterior: <b>79960</b> 15.4 Núm. Interior: <b>155</b> Tipo de asentamiento humano: <b>Zacatipan</b> 15.5 Municipio o delegación: <b>Tamazunchale</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <b>San Luis Potosí</b> 15.7 Código Postal: <b>77000</b> 15.8 Localidad: <b>Tamazunchale</b> 15.9 Municipio o delegación: <b>Tamazunchale</b> 15.10 Entidad federativa: <b>San Luis Potosí</b> | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día 26 Mes 05 Año 2019 Hora 04 Minutos 30                                                                                                                                                                                                                 | 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Si <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br>Si <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN<br>Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)<br>a) <b>Choque séptico</b><br>b) <b>Tuberculosis pulmonar</b><br>c) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b><br>d) <b>Debido a (o como consecuencia de)</b> |
| 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE <b>4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 04 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:<br>22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="radio"/> 07 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 08<br>22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <b>22.6</b> Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 23. NOMBRE<br>Nombre(s) <b>Teodoro</b> Primer Apellido <b>Nicacio</b> Segundo Apellido <b>Villada</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>Esposo</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 25. CERTIFICADA POR<br>Médico (titular) <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



Paciente : 49912 AGUSTINA MTZ MTZ

Edad : 38 Años Sexo : Femenino

Médico : A QUIEN CORRESPONDA

2022EPIDEMIOLOGIA

Fecha : 21 may 2019  
Hora : 21:15:48



9141-4557

RESULTADO

VALORES DE REFERENCIA

Baciloscopia en expectoración 3 muestras (BAAR)

Método: Tinción de Ziehl-Neelsen, Microscopia

1a POSITIVO ( +++ ) Negativo

2a POSITIVO ( +++ ) Negativo

3a POSITIVO ( +++ ) Negativo

Negativo. No se encontraron bacilos  
ácido-alcohol resistentes en 100  
campos microscópicos observados.

Responsable Sanitario

QFB. Ma. del Rosario García Martínez  
Ced. Prof. 2113462 Matricula 99250964

*Q. N. MARTINEZ*  
*MA-T. 99250964*