

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

190679425

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 LOS PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Maria Carmen Espinosa		2. FECHA DE NACIMIENTO 08/08/1944		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí			
5. CURP EIXCY40808MSPSX200		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="radio"/> No <input 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 un día: <input type="text"/> Para menores de un mes: <input type="text"/> Para menores de un año: <input type="text"/> Para personas de un año o más: 074 Años cumplidos			
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(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): Calle Hidalgo		10.1 Tipo de vivienda 59		10.2 Nombre de la vivienda Hidalgo			
10.3 Núm. Exterior 79888		10.4 Núm. Interior Tantocoy		10.5 Tipo de asentamiento humano Huehuetlán		10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí			
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 Hogar		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 checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación 1F194455		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"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Calle Hidalgo			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda 59		15.2 Nombre de la vivienda Hidalgo		15.3 Núm. Exterior 79888		15.4 Núm. Interior Tantocoy			
15.5 Tipo de asentamiento humano Huehuetlán		15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí		15.7 Código Postal 79888		15.8 Localidad Tantocoy			
15.9 Municipio o delegación Huehuetlán		15.10 Entidad federativa San Luis Potosí		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: 23 Mes: 06 Año: 2019 Horas: 03 Minutos: 30		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA? Si <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, asfexia, etc.) a) Insuficiencia respiratoria Debido a (o como consecuencia de) 15 días b) Tuberculosis Pulmonar confirmada por Bacteriología Debido a (o como consecuencia de) 1 año c) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Debido a (o como consecuencia de) 1 año d) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Debido a (o como consecuencia de) 1 año		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 15.1		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"/> 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 type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, 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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <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 vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda		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		23. NOMBRE José Matilde Rivera Elena Nieto			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nieto		25. CERTIFICANTE 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"/> Especifique 08732271		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 08732271		27. NOMBRE Saúl Omar Villegas			
28. FIRMA 29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Empedradillo 78		29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda		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 29.12 Nombre del asentamiento humano		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: 25 Mes: 06 Año: 2019			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 31.1 Acta Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa 32.4 Día		32.5 Mes 32.6 Año			