

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

FOLIO

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Carmen</b> <b>Espinosa</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <b>08081944</b> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <b>San Luis Potosí</b> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <b>EIXCY40808MSPSX200</b> Se ignora <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <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: Minutos _____ Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <b>074</b>	
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"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <b>Calle Hidalgo</b> 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Num. Exterior <b>59</b> 10.4 Num. Interior <b>79888</b> 10.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tantocoy</b> 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>Huehuetlán</b> 10.7 Código Postal <b>79888</b> 10.8 Localidad <b>Huehuetlán</b> 10.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
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"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Hogar</b> 12.1 Trabajaba <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"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación <b>1F194455</b>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Calle Hidalgo</b> 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad	
15.3 Num. Exterior <b>59</b> 15.4 Num. Interior <b>79888</b> 15.5 Tipo de asentamiento humano <b>Tantocoy</b> 15.6 Nombre del asentamiento humano <b>Huehuetlán</b> 15.7 Código Postal <b>79888</b> 15.8 Localidad <b>Huehuetlán</b> 15.9 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>23062019 0330</b> Día Mes Año Horas Minutos	
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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Insuficiencia Respiratoria</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Tuberculosis Pulmonar confirmada por Baciloscopía mas</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</b> 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 moribundo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <b>15 días</b> Código CIE: _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <b>1 año</b> Código CIE: _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, 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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <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 vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 22.7.3 Num. Exterior _____ 22.7.4 Num. 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 <b>José Matilde</b> <b>Rivera</b> <b>Elena</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Nieto</b>	
25. CERTIFICADA 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 _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>08732271</b> Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE <b>Sant Omar</b> <b>Villegas</b> <b>Luis</b> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA 	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <b>Calle Empedradillo</b> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Num. Exterior <b>78</b> 29.4 Num. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano <b>56230</b> <b>San Diego</b> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad <b>Texcoco</b> <b>Estado de México</b> 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>25062019</b> Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Num. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día Mes Año _____	
31.1 Acta Núm. _____	

190679425