



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

FOLIO
190681834

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) <i>Enrique Marin Cruz</i>				
	2. FECHA DE NACIMIENTO <i>15/07/1929</i>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i>	
	5. CURP <i>MA CE 29 07 15 HS PR RM 09</i>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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: <i>091</i> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(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) <i>Calle 5 de mayo</i> <i>1898</i> <i>Colonia Niños Héroes</i> 10.3 Núm. Exterior: <i>178340</i> 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: <i>San Luis Potosí</i> 10.7 Código Postal: 10.8 Localidad: <i>San Luis Potosí</i> 10.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):				
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" 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 <i>Pensionado</i> Se ignora <input type="radio"/>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEXME <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:		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXME <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <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"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: <i>Hospital General de Soledad</i> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>1112</i> <i>Colonia</i> 15.3 Núm. Exterior: <i>178346</i> 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: <i>Soledad de Graciano Sánchez</i> 15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: <i>Soledad de Graciano Sánchez</i> 15.9 Municipio o delegación: <i>San Luis Potosí</i> 15.10 Entidad federativa:				
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>06/10/2010</i> <i>14:15</i>		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"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	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) <i>Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda</i> Debido a (o como consecuencia de) b) <i>Neumonía Adquirida en la Comunidad</i> Debido a (o como consecuencia de) c) <i></i> Debido a (o como consecuencia de) d) <i></i> 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 <i>Hipertensión Arterial Sistémica</i> <i>Hyperplasia Prostática</i>			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <i>13 días</i> <i>8 días</i> <i></i> <i></i> <i></i> <i>Años</i> <i>Años</i>	
	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"/>	
	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"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina 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"/>	
	22.5 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 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:			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <i></i>	
	23. NOMBRE <i>Beatriz Eugenia Mann Hernández</i>			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Hija</i>	
	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 <i>3272274</i> Número de la cédula profesional			27. NOMBRE <i>Lucia Susana Orduña Torres</i>	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <i>Avenida Valentín Amador</i> <i>1112</i> <i>Colonia</i> <i>Cienpuero Rivas Guillén</i> <i>178346</i> <i>Soledad de Graciano Sánchez</i> <i>San Luis Potosí</i> <i>44442401010</i>			28. FIRMA <i>Valencia</i> 29.3 Núm. Exterior: 29.4 Núm. Interior: 29.5 Tipo de asentamiento humano:	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>06/10/2010</i>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				

190681834