



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

190681849

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

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ma Paz</u> Nombre(s)		<u>ibarra</u> Primer Apellido		<u>Reinos</u> Segundo Apellido	
		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/01/1954</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
DEL FALLECIDO		5. CURP <u>11A2812401122MS18D1207</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 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: Años cumplidos 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora			
DEL FALLECIDO		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>CEN</u> 10.1 Tipo de vivienda <u>CEN</u> 10.2 Nombre de la vivienda <u>CEN</u> 10.3 Núm. Exterior <u>1795610</u> 10.4 Núm. Interior <u>1795610</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>1795610</u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>1795610</u> 14.3 Tipo de vivienda <u>Hospital</u> 14.4 Nombre de la vivienda <u>Hospital General de Salud</u> 14.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 14.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 14.7 Código Postal <u>1795610</u> 14.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 14.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 14.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
DE LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>Hospital</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>Hospital General de Salud</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1795610</u> 15.4 Núm. Interior <u>1795610</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u>1795610</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>12/01/2012</u> <u>11:00</u> Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPS? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía Atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Diabetes Mellitus</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>11 días</u> Código CIE <u>A00</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>A00</u>		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"/> 1 El parto <input checked="" type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el fallecido(a)	
		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>1795610</u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda <u>Hospital</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda <u>Hospital General de Salud</u> 22.7.3 Núm. Exterior <u>1795610</u> 22.7.4 Núm. Interior <u>1795610</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 22.7.7 Código Postal <u>1795610</u> 22.7.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
DEL CERTIFICANTE		23. NOMBRE <u>Mayer</u> Nombre(s) <u>Torres</u> Primer Apellido <u>de la Cruz</u> Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Yerno</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	
		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique <u>cardiologo</u> Número de la cédula profesional <u>7543500</u>		27. NOMBRE <u>San Luis Potosí</u> Nombre(s) <u>Paz</u> Primer Apellido <u>de la Cruz</u> Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
DEL CERTIFICANTE		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>Hospital</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>Hospital General de Salud</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1795610</u> 29.4 Núm. Interior <u>1795610</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u>1795610</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/01/2012</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	



190681849