



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

FOLIO
200623154

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Rolando de Jesus</u> <u>Rivera</u> <u>Esquivel</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>14</u> <u>04</u> <u>1962</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Guatemala</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9	7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input checked="" type="radio"/> 2 → <u>Guatemalteco</u> Especifique
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>057</u> Años cumplidos	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u> </u> 8.2 Semanas de gestación: <u> </u> 8.3 Peso (gramos): <u> </u>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad <u> </u> 10.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 10.3 Núm. Exterior <u> </u> 10.4 Núm. Interior <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 10.7 Código Postal <u> </u> 10.8 Localidad <u> </u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u> </u>		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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 checked="" type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Nula</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 9 IMSS <input 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u> </u>
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> </u> Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>78435</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> 15.7 Código Postal 15.8 Localidad		15.1 Tipo de vialidad <u> </u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> <u>Colonia</u> <u>Rivas Guillen</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Salud de Graciano S.</u> <u>San Luis Potosi</u> 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>13</u> <u>04</u> <u>2020</u> <u>10</u> <u>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
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <u>Tuberculosis miliar</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u> </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>Alcoholismo</u>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 meses</u> Código CIE <u> </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 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
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 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 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u> </u>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u>		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u> </u>
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 22.7.7 Código Postal <u> </u> 22.7.8 Localidad <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa <u> </u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u> </u>
23. NOMBRE <u> </u> <u> </u> <u> </u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5154a17</u> Número de la cédula profesional
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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		28. FIRMA <u> </u>
27. NOMBRE <u>Edgar</u> <u>Alejandro</u> <u>Guillermo</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>1112</u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rivas Guillen</u> <u>78435</u> <u>San Luis Potosi</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono <u>4448280100</u>
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>14</u> <u>04</u> <u>2020</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA <u> </u>
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u> </u>		

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



200623154