



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

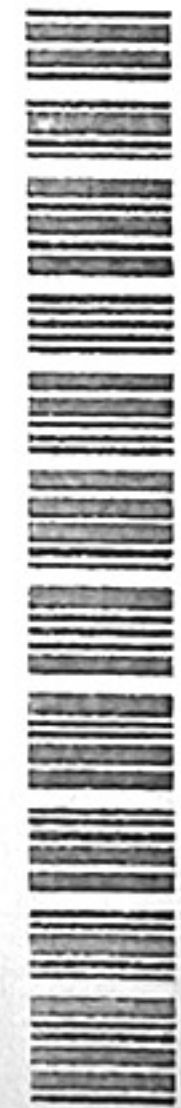
FOLIO
200623342

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Rosa Nombre(s) San lameria Primer Apellido Lopez Segundo Apellido			
	2. FECHA DE NACIMIENTO 01/01/1969 Día Mes Año		3. SEXO Hombre ☐ Mujer ☒ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosi Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
	5. CURP SIALR690101MSPNP500 Se ignora ☐		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ 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 51 Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
DE LA DEFUNCIÓN	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle 10.1 Tipo de vialidad 974 Barrio 10.2 Nombre de la vialidad La Trinidad 10.3 Núm. Exterior 79560 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Santa Maria del Rio 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosi 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL ama de casa Se ignora ☐ 12.1 Trabajaba ☐ No ☒ Se ignora ☐	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de unidad social o afiliación 2405072725	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital General de Soledad 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avenida 15.1 Tipo de vialidad 1112 Colonia 15.2 Nombre de la vialidad Rivar 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Soledad Graciano Sanchez 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosi 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa			
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/5/05/20/20 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite solo los modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonia bacteriana Debido a (o como consecuencia de) b) Derrame pleural derecho por neoplasia Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morbosos que la produjo Cancer pulmonar con metástasis cerebrales 3 meses Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			
DEL CERTIFICANTE	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☒		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐ 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, circunstancias o hechos 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 Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa	
	23. NOMBRE Maria Trinidad Nombre(s) Garcia Primer Apellido San lameria Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hija	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 8099677 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Victor Manuel Nombre(s) Lopez Primer Apellido Garcia Segundo Apellido	
	28. FIRMA [Firma]		29. DOMICILIO y TELÉFONO Avenida 29.1 Tipo de vialidad Rivar 29.2 Nombre de la vialidad Soledad Graciano Sanchez 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano San Luis Potosi 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	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/5/05/20/20 Día Mes Año	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUZGADO			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				

005380

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



200623342