



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

FOLIO
200629676

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG. L.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>ANCA MONICA</u> Nombre(s)		<u>PACURCO</u> Primer Apellido		<u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15</u> <u>07</u> <u>19</u> <u>38</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)	
5. CURP <u>PAHA380715MSPCRN06</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: <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>82</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>123</u> 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <u>78250</u> 8.2 Semanas de gestación: <u> </u> 8.3 Peso (gramos): <u> </u>		10.1 Tipo de vivienda <u>Casa habitación</u>		10.2 Nombre de la vivienda <u>Angel Verdu</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>78250</u>		10.4 Núm. Interior <u> </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>78250</u>		10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Luis Potosí</u>			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Cosquera</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u> </u>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 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 checked="" type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input 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 <u>Hospital General de Salud</u>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u>	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u> </u>		14.3 Tipo de vivienda <u> </u>		14.4 Otro lugar <u> </u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>112</u> 15.3 Núm. Exterior <u>78435</u>		15.4 Núm. Interior <u> </u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u>	
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		15.7 Código Postal <u>78435</u>		15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>	
15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>24</u> <u>09</u> <u>20</u> <u>20</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 NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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) <u>Síndrome insulatorio respiratorio agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u> </u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u> </u> 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 <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> <u>Insuficiencia renal aguda</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 día</u> <u>1 día</u> <u> </u> <u> </u> <u>años</u>		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <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 checked="" type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u>					
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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u> </u>		22.7.1 Tipo de vivienda <u> </u>		22.7.2 Nombre de la vivienda <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>			
23. NOMBRE <u>Hector</u> Nombre(s)		<u>LOTEA</u> Primer Apellido		<u>PACURCO</u> Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Sobrino</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 <u>adscrito</u> Especifique		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7543300</u> Número de la cédula profesional		28. FIRMA <u> </u>	
27. NOMBRE <u>Luis Francisco</u> Nombre(s)		<u>PACURCO</u> Primer Apellido		<u>Valle</u> Segundo Apellido	
29. DOMICILIO y TELÉFONO <u>Avenida</u> 29.1 Tipo de vivienda <u>Hospital General de Salud</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>78435</u> 29.3 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> 29.4 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.5 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.6 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		29.7 Tipo de asentamiento humano <u> </u>		29.8 Localidad <u> </u>	
29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>		29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		29.11 Teléfono <u> </u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u> </u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u> </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>24</u> <u>09</u> <u>20</u> <u>20</u> Día Mes Año	