



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

FOLIO  
200630582

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD, EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
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

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Subino De Leon Olvera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>30/12/1954</u> Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Guerrero</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		
5. CURP <u>LE0554112301HSPNL806</u> Se ignora <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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: <u>265</u> Se ignora <input type="checkbox"/>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <u>Colonia</u> 10.1 Tipo de vivienda: <u>Departamento #27</u> 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Carretera</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: 10.7 Código Postal: <u>20000</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):		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.1 Trabajado: <u>9916001608-1</u> 12.2 Ocupación: <u>San Luis Potosí</u> Se ignora <input type="checkbox"/>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>9916001608-1</u>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Hosp. General <u>Maternal</u> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Hospital General Maternal</u> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <u>San Luis Potosí</u>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera <u>San Luis Potosí</u> 15.1 Tipo de vivienda: <u>Carretera</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Hospital General Maternal</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>3000</u> 15.4 Núm. Interior: <u>1515</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Carretera</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal: <u>20000</u> 15.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa:	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/9/08 20:20</u> Día Mes Año Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
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>Enfermedad respiratoria aguda</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Enfermedad respiratoria aguda</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>Embarazo</u> <u>Embarazo</u> <u>Embarazo</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: <u>4 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>J80X</u> <u>J649</u> <u>H0X</u> <u>F03X</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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>J189</u>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina <input type="checkbox"/> Área comercial <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 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, 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 vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 22.7.3 Núm. Exterior: <u>3000</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>1515</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: 22.7.7 Código Postal: <u>20000</u> 22.7.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 22.7.10 Entidad federativa:				
23. NOMBRE <u>Jose De Leon Olvera</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 25.1 Especifique: <u>Legista</u>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: <u>2084708</u>		
27. NOMBRE <u>Enrique Alfaro Tama</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Carretera</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Carretera</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>3000</u> 29.4 Núm. Interior: <u>1515</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Carretera</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal: <u>20000</u> 29.8 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 29.11 Teléfono: <u>4881011392</u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/9/08 20:20</u> Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u> 31.1 Acta Núm. <u>1</u>		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>San Luis Potosí</u> 32.2 Municipio o Alcaldía: <u>San Luis Potosí</u> 32.3 Entidad federativa: <u>San Luis Potosí</u> 32.4 Día: <u>10</u> Mes: <u>9</u> Año: <u>2008</u>		

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD