

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

Modelo 2017.1

FOLIO

200632031

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES

1.57590007

Formulario de Registro de Defunción (Formulario 100) - Versión 2010

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **ELISCO Castillo Gonzalez**

2. FECHA DE NACIMIENTO **25/02/1965**

3. SEXO **Hombre**

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO **San Luis Potosí**

5. CURP **CAGE650725HSPSNL02**

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? **No**

7. NACIONALIDAD **Mexicana**

8. EDAD CUMPLIDA **34** años

9. ESTADO CONYUGAL **Casado**

10. RESIDENCIA HABITUAL **Calle Hidalgo, Tamasopo, San Luis Potosí**

11. ESCOLARIDAD **Primaria**

12. OCUPACIÓN HABITUAL **Trabajador**

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD **ISSSTE**

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **Clínica Hospital ISSSTE Río Verde**

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN **Calle Hidalgo, Tamasopo, Río Verde, San Luis Potosí**

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN **19/08/2020 23:15**

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? **No**

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? **No**

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) **Edema agudo de pulmón**

b) **Insuficiencia Renal Aguda**

c) **Diabetes Mellitus tipo II**

d) **Fibrosis Pulmonar Se.**

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

**Tuberculosis Pulmonar**

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN **A162**

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 ¿Embarazo, parto o puerperio? **No**

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? **No**

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? **No**

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto accidente o homicidio **Accidente**

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? **No**

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión **Área deportiva**

22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) **Esposa**

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: **100**

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio **Traccionamiento**

22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio **Ignacio Kloyok, Río Verde, San Luis Potosí**

22.8 Localidad **Río Verde**

22.9 Municipio o Alcaldía **San Luis Potosí**

22.10 Entidad federativa **San Luis Potosí**

23. NOMBRE **Aurora Dela Cruz Izaguirre**

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) **Esposa**

25. CERTIFICADA POR **Médico legista**

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO **Si**

27. NOMBRE **Alcator Francisco Lamega Garcia**

28. FIRMA **[Firma]**

29. DOMICILIO Y TELÉFONO **Calle Hidalgo, Tamasopo, Río Verde, San Luis Potosí**

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN **19/08/2020**