



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

200632394

200632394

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <i>Nayeli Guadalupe Apresa</i></p> <p>Nombre(s) <i>Nayeli</i> Primer Apellido <i>Guadalupe</i> Segundo Apellido <i>Rostro</i></p> <p>2. FECHA DE NACIMIENTO <i>05/04/1990</i></p> <p>Día <i>05</i> Mes <i>04</i> Año <i>1990</i></p> <p>3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <i>San Luis Potosí</i></p> <p>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</p> <p>5. CURP <i>AERIN900405MSPPS40B</i></p> <p>Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> 30 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: <i>16</i></p> <p>8.2 Semanas de gestación: <input type="radio"/> 8.3 Peso (gramos): <input type="radio"/></p> <p>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 type="radio"/> 9</p> <p>10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <i>Calle 16 Barrio Cárdenas</i></p> <p>10.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i> <i>Barrio</i> <i>Cárdenas</i></p> <p>10.2 Nombre de la vialidad <i>Mirano Matamoros</i> <i>del Llano</i> <i>San Luis Potosí</i></p> <p>10.3 Núm. Exterior <i>199380</i> 10.4 Núm. Interior <i>10.4</i> 10.5 Tipo de asentamiento humano <i>Colonia</i> <i>Cárdenas</i> <i>San Luis Potosí</i></p> <p>10.6 Nombre del asentamiento humano <i>Colonia Cárdenas</i> <i>San Luis Potosí</i></p> <p>10.7 Código Postal <i>200632394</i> 10.8 Localidad <i>Colonia</i> 10.9 Municipio o Alcaldía <i>Río Verde</i></p> <p>10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <i>San Luis Potosí</i></p> <p>11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2</p> <p>Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>12. OCUPACIÓN HABITUAL <i>Empleada</i> <i>Se ignora</i> <input type="radio"/> 99</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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 <i>Hospital General Río Verde</i> <i>Via pública</i> <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12</p> <p>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 <i>Hogar</i> <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>14.1 Nombre de la unidad médica <i>Hospital General Río Verde</i> <i>Via pública</i> <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12</p> <p>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <i>San Luis Potosí</i></p> <p>15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <i>Calle 16 Colonia Río Verde</i></p> <p>15.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i> <i>Colonia</i> <i>Río Verde</i></p> <p>15.2 Nombre de la vialidad <i>Granja Centro</i> <i>Río Verde</i> <i>San Luis Potosí</i></p> <p>15.3 Núm. Exterior <i>199610</i> 15.4 Núm. Interior <i>10</i> 15.5 Tipo de asentamiento humano <i>Río Verde</i> <i>Río Verde</i></p> <p>15.6 Nombre del asentamiento humano <i>Río Verde</i> <i>San Luis Potosí</i></p> <p>15.7 Código Postal <i>200632394</i> 15.8 Localidad <i>Río Verde</i> 15.9 Municipio o Alcaldía <i>Río Verde</i></p> <p>15.10 Entidad federativa <i>San Luis Potosí</i></p> <p>16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <i>28/01/2020 03:20</i></p> <p>Día <i>28</i> Mes <i>01</i> Año <i>2020</i> Horas <i>03</i> Minutos <i>20</i></p> <p>17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <i>CRANEO HIPERTENSIVO</i> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <i>HIPOCALCIA</i> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <i>NEUROINFECCION, MENINGITIS</i> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <i>SOSPECHA DE COVID</i> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3</p> <p>43 días a 11 meses <input type="radio"/> 44 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina)</p> <p>Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja <input type="radio"/> 7</p> <p>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 8</p> <p>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)</p> <p>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</p> <p>22.7.1 Tipo de vialidad</p> <p>22.7.2 Nombre de la vialidad</p> <p>22.7.3 Núm. Exterior <i>22.7.4 Núm. Interior</i> <i>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</i> <i>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</i></p> <p>22.7.7 Código Postal <i>22.7.8 Localidad</i> <i>22.7.9 Municipio o Alcaldía</i> <i>22.7.10 Entidad federativa</i></p> <p>23. NOMBRE <i>Maria de los Angeles Apresa</i> <i>Rostro</i></p> <p>Nombre(s) <i>Maria de los Angeles</i> Primer Apellido <i>Apresa</i> Segundo Apellido <i>Rostro</i></p> <p>24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <i>Mamana</i></p> <p>25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3</p> <p>Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8 *Especifique</p> <p>26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <i>746936</i></p> <p>Número de la cédula profesional</p> <p>27. NOMBRE <i>Hector Francisco Latorre Garcia</i></p> <p>Nombre(s) <i>Hector</i> Primer Apellido <i>Francisco</i> Segundo Apellido <i>Latorre</i> Garcia</p> <p>28. FIRMA <i>Hector Francisco Latorre Garcia</i></p> <p>29. DOMICILIO Y TELÉFONO <i>Calle Centro</i> <i>Colonia</i> <i>Río Verde</i></p> <p>29.1 Tipo de vialidad <i>Calle</i> <i>Centro</i> <i>Río Verde</i></p> <p>29.2 Nombre de la vialidad <i>Colonia</i> <i>Río Verde</i></p> <p>29.3 Núm. Exterior <i>29.4 Núm. Interior</i> <i>29.5 Tipo de asentamiento humano</i></p> <p>29.6 Nombre del asentamiento humano <i>Río Verde</i> <i>Colonia</i> <i>Río Verde</i></p> <p>29.7 Código Postal <i>29.8 Localidad</i> <i>Colonia</i> <i>Río Verde</i></p> <p>29.9 Municipio o Alcaldía <i>Río Verde</i> <i>Colonia</i> <i>Río Verde</i></p> <p>30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <i>28/01/2020</i></p> <p>Día <i>28</i> Mes <i>01</i> Año <i>2020</i></p> <p>31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____</p> <p>31.1 Acta Núm. _____</p> <p>32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____</p> <p>32.2 Municipio o Alcaldía _____</p> <p>32.3 Entidad federativa _____</p> <p>32.4 Día <i>28</i> Mes <i>01</i> Año <i>2020</i></p>					
---------------	--	--	--	--	--	--	--

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA

*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 POSSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES



200632394

DEL CERTIFICANTE

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL REG. CIVIL