



**SECRETARIA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

**FOLIO**  
63401920063401920063401920063401920063401  
**200634019**

ANTES DE ELLERAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		<i>Laura Guanajuato</i>		Primer Apellido <i>BONANEGRA</i>		Segundo Apellido <i>Mendoza</i>	
Nombre(s)							
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		07 03 1987		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
						Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP		<i>BOML870307MSPCNR00</i>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> → 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	Se ignora <input type="radio"/>
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		<i>ANONOR</i>		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
28						<i>OBREGA</i>	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
				<i>TAMBACÁ</i>		<i>San Luis Potosí</i>	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
		<i>TMNSNCN</i>		<i>TMNSNCN</i>		<i>HGO 612</i>	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/>	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		28	<i>ANONOR</i>	<i>OBREGA</i>	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		
				<i>colonia</i>	<i>TMNSNCN</i>		
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
		<i>TAMBACÁ</i>		<i>TMNSNCN</i>	<i>San Luis Potosí</i>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		20 01 2020	14 45	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 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		
Día Mes Año Horas Minutos							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfleia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) <i>TUBERCULOSIS PULMONAR SIN fx</i> Debido a (o como consecuencia de)							
b) <i>AUDIOMINOSIS</i> Debido a (o como consecuencia de)							
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d) Debido a (o como consecuencia de)							
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							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o servicio <input type="radio"/> 5		
					Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
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 Anote 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			