



41.98-80-4355 SECRETARÍA DE SALUD

14Z06-316 Model 2017.1

FOLIO

200635331

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

13

5 ERU

25

MED

TIN.

SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Mantua de los Santos Rubio		Mantua	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		
Día	Mes	Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Son Lobo Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Año					
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
IZUMMBO111021HSPIBRRP03		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/> → Especifique	Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	
		Minutos	Horas	Días	
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)		10.1 Tipo de vialidad	
		Av. Boulevard		De las Flores	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.2 Nombre de la vialidad	
7190912			Ciudad Valles	Parte Colonia	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.6 Nombre del asentamiento humano	
			Ciudad Valles	San Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	12.2.1 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Completa <input type="radio"/>	Incompleta <input type="radio"/> 2				
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	13.1 Número de seguridad social o afiliación
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	4198804355 14198002
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7		
Unidad médica privada <input type="radio"/> 8	Otra unidad pública <input type="radio"/> 9			Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad	
914		Fraccionamiento		19 de Enero	
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano		
17190101010		Ciudad Valles	San Luis Potosí		
15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día	Mes	Año	Horas	Minutos	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2
11	10	12	01	20	10 31 31
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	19.2 Parte II
		a) <i>Luxación Respiratoria no especificada</i>	Debido a (o como consecuencia de)	12 hrs	Debido a (o como consecuencia de)
		b) <i>Neumonía no especificada</i>	Debido a (o como consecuencia de)	3 días	Debido a (o como consecuencia de)
		c) <i>Obesidad no especificada</i>	Debido a (o como consecuencia de)		Debido a (o como consecuencia de)
		d) <i></i>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	21.4 Causa básica de defunción
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	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Código CIE
	43 días a 11 meses	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte	45 días	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	11118191
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial <input type="radio"/> 6	22.4 Relación que tenía el presunto agresor con él(a)
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	(aller, fábrica u obra)	
Homicidio <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 (asilo, orfanato, etc.)	Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (vía pública)	Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela)	
Suicidio <input type="radio"/> 3		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	
Se ignora <input type="radio"/> 9				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		
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE	Silvia	J. Martinez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido		Espouse	
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico * <input type="radio"/> 3	Héctor de la Quinta	97395119	Número de la cédula profesional
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique		
27. NOMBRE	Leopoldo	Olivio	Herrera		28. FIRMA
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Boulevard	Mexico-Laredo	414	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	19 de Enero	71910101010	Ciudad Valles	11101712020	Dia Mes Año
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Núm. Exterior	29.10 Entidad federativa	29.5 Tipo de asentamiento humano
Ciudad Valles					
29.9 Municipio o Alcaldía					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad				
31. Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía	32.3 Entidad federativa	32.4 Dia	32.5 Mes	32.6 Año



200635331

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.