

41.8869.4000
2F19760R

SECRETARÍA DE SALUD C-13
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO H6706-325

200635339

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Agdece</div> <div>Adoniz</div> <div>Hernandez</div>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>05</div> <div>11</div> <div>1976</div>		3. SEXO <div>Hombre</div> <div>Mujer</div> <div>Se ignora</div>
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>San Luis Potosi</div>		
	5. CURP <div>051119761105MSPRRY07</div>		
DEL FALLECIDO	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>SI</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		
	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div> <div>Otra</div> <div>Se ignora</div>		
	8. EDAD CUMPLIDA <div>44</div>		
	9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div> <div>Separado</div> <div>Divorciado</div> <div>Soltero</div> <div>Se ignora</div>		
DEL FALLECIDO	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>36</div> <div>10.1 Tipo de vivienda</div> <div>10.2 Nombre de la vivienda</div>		
	10.3 Núm. Exterior <div>799207</div>		
	10.4 Núm. Interior <div>Tanum</div>		
	10.5 Tipo de asentamiento humano <div>Tanum</div>		
DEL FALLECIDO	10.6 Nombre del asentamiento humano <div>San Luis Potosi</div>		
	10.7 Código Postal <div>799207</div>		
	10.8 Localidad <div>Tanum</div>		
	10.9 Municipio o Alcaldía <div>Tanum</div>		
DEL FALLECIDO	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <div>San Luis Potosi</div>		
	11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna</div> <div>Preescolar</div> <div>Primaria</div> <div>Secundaria</div> <div>Terciaria</div> <div>Bachillerato o preparatoria</div> <div>Profesional</div> <div>Posgrado</div> <div>Se ignora</div>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Novia de casa</div>		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna</div> <div>ISSSTE</div> <div>SEDENA</div> <div>Seguro Popular</div> <div>Otra</div> <div>IMSS</div> <div>PEMEX</div> <div>SEMAR</div> <div>IMSS PROSPERA</div> <div>Se ignora</div>		
DEL FALLECIDO	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Hospital General de Zona H 6</div>		
	14.1 Nombre de la unidad médica <div>14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>914</div> <div>15.1 Tipo de vivienda</div> <div>15.2 Nombre de la vivienda</div>		
	15.3 Núm. Exterior <div>799207</div>		
DEL FALLECIDO	15.4 Núm. Interior <div>Ciudad Valles</div>		
	15.5 Tipo de asentamiento humano <div>Ciudad Valles</div>		
	15.6 Nombre del asentamiento humano <div>San Luis Potosi</div>		
	15.7 Código Postal <div>799207</div>		
DEL FALLECIDO	15.8 Localidad <div>Ciudad Valles</div>		
	15.9 Municipio o Alcaldía <div>Ciudad Valles</div>		
	15.10 Entidad federativa <div>San Luis Potosi</div>		
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>16/07/2018</div> <div>16:52</div>		
DEL FALLECIDO	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>SI</div> <div>No</div> <div>Se ignora</div>		
	18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>SI</div> <div>No</div>		
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfénia, etc.) <div>Insuficiencia respiratoria</div> <div>Neumonía</div>		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <div>Código CIE</div>		
DEL FALLECIDO	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</div>		
	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>SI</div> <div>No</div>		
	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>SI</div> <div>No</div>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE <div>22.1 Fue un suceso Accidente Homicidio Suicidio Se ignora</div> <div>22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora</div> <div>22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial Se ignora</div> <div>22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ia) fallecido(a) <div>Relación</div></div> <div>22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <div>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</div></div>		
DEL FALLECIDO	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <div>22.7.1 Tipo de vivienda</div> <div>22.7.2 Nombre de la vivienda</div> <div>22.7.3 Núm. Exterior</div> <div>22.7.4 Núm. Interior</div> <div>22.7.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>22.7.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>22.7.7 Código Postal</div> <div>22.7.8 Localidad</div> <div>22.7.9 Municipio o Alcaldía</div> <div>22.7.10 Entidad federativa</div>		
	23. NOMBRE <div>Agdece</div> <div>Ruiz</div> <div>Reduarez</div>		
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Esposo</div>		
	25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div> <div>Médico legista</div> <div>Otro médico</div> <div>De Guardia</div> <div>Persona autorizada por el Secretario de Salud</div> <div>Autoridad civil</div> <div>Otro</div>		
DEL FALLECIDO	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>7702242</div>		
	27. NOMBRE <div>Jordana</div> <div>Hernandez</div> <div>Guerrero</div>		
	28. FIRMA <div>[Firma]</div>		
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO <div>914</div> <div>19 de Enero</div> <div>29.1 Tipo de vivienda</div> <div>29.2 Nombre de la vivienda</div> <div>29.3 Núm. Exterior</div> <div>29.4 Núm. Interior</div> <div>29.5 Tipo de asentamiento humano</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano</div> <div>29.7 Código Postal</div> <div>29.8 Localidad</div> <div>29.9 Municipio o Alcaldía</div> <div>29.10 Entidad federativa</div> <div>29.11 Teléfono</div>		
DEL FALLECIDO	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>16/07/2018</div>		
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO <div>Núm.</div> <div>Libro Núm.</div> <div>31.1 Acta Núm.</div>		
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad</div> <div>32.2 Municipio o Alcaldía</div> <div>32.3 Entidad federativa</div> <div>32.4 Día</div> <div>32.5 Mes</div> <div>32.6 Año</div>		
	33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <div>Agdece</div> <div>Ruiz</div> <div>Reduarez</div>		

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