



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200639481

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Raven		Vargas		Tasso	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
09/10/81 a 15:55		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		San Luis Potosí		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
Día Mes Año		O ₁ O ₂ O ₉		O ₉			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
VIAJRSIS0809HS1P5MO9		Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <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 un año	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Para personas de un año o más	
						O ₆ O ₇ O ₈ O ₉	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
231		fraccionamiento		San Luis Potosí		Pamplona	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		España	
7813918						10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		S. Luis Potosí	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. Ocupación Habitual		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		Hija		Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.6 Nombre del asentamiento humano	
1112		Calle		Valentín Amador		Rivas Gómez	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.9 Municipio o Alcaldía	
78435				Colonia		Salvador de G.S.	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.10 Entidad federativa		San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Número de la vialidad		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19/10/2020 03:15 0		Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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		19.2 Parte II		19.3 Parte III	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) <i>Chocó moto</i> Debido a (o como consecuencia de)		b) <i>Neumonía</i> Debido a (o como consecuencia de)		c) <i>Cadáver</i> 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							
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	
						Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>	
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		22.7.1 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		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Jose Eduardo		Vargas		Glz		Hijo	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Edgard Alejandro Glz		Curbelo					
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
29. DOMICILIO y Teléfono		29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad		29.3 Núm. Exterior	
Piedras		Rivas Gómez		Valentín Amador		29.4 Núm. Interior	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.5 Tipo de asentamiento humano	
Solcada de G.S.		718435		Colonia		Colonia	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.12 Número de la cédula profesional	
San Luis Potosí		44481260199		110		110	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					