



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

200639482

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Toro Saavedra		Primer Apellido	Molina	Prieto
2. FECHA DE NACIMIENTO		Día 18 Mes 11 Año 1970	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosí
5. CURP		MCIPIS71911218HSPLXCCS		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora _____ Minutos	Para menores de un día _____ Horas	Para menores de un mes _____	Para menores de un año _____ Días	Para personas de un año o más _____ Meses
Para menores de 28 días anote:		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	8.4 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> O3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> O5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	10.9 Municipio o Alcaldía
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10.7 Código Postal	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Saltillo <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 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	Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		15.9 Municipio o Alcaldía	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	15.10 Entidad federativa	
16.7 Código Postal		Día 19 Mes 10 Año 2017 Horas 013 Minutos 15	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <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 Causas antecedentes		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Debido a (o como consecuencia de)	b) 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Se ignora <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				
22.7.3 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			
23. NOMBRE		Primer Apellido	Segundo Apellido	22.7.10 Entidad federativa		
Edgar		Gutiérrez	Olvera	Puerto		
Nombre(s)		Primer Apellido	Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
25. CERTIFICADA POR		Especifique		Puerto		
Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>		Médico legista <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>	Otro médico* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
Nombre(s)		Número de la cédula profesional		5184917		
27. NOMBRE		28. FIRMA				
Edgar Alejandro		Cabel				
29. DOMICILIO y TELÉFONO		29.1 Tipo de vialidad	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior		
Piedras Negras		Ruta Guadalajara	Amador	1112		
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	29.8 Localidad	Calzada		
Sallal G.S.		7184315	Ruta Guadalajara			
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	191020120		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIA JURÍDICA		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	Día Mes Año			