



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
200639482

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

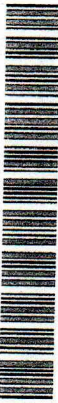
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>José Sosa</u> Primer Apellido <u>Molina</u> Segundo Apellido <u>Piña</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>12</u> Año <u>1979</u>	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) <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>MCIPSA191121XHSPLXIC05</u>	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"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <u> </u> Para menores de un día: Horas <u> </u> Para menores de un mes: Días <u> </u> Para menores de un año: Meses <u> </u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>046</u>	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle 120</u> 10.1 Tipo de vialidad <u> </u> 10.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 10.3 Núm. Exterior <u>79500</u> 10.4 Núm. Interior <u> </u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Laguna de San Vicente</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Villa de Reyes</u> 10.7 Código Postal <u> </u> 10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u> </u>
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación seleccionada: <u>hacendado</u> 12.3 Número de seguridad social o afiliación <u> </u>	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" 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"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u> </u> 15.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 15.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 15.4 Núm. Interior <u> </u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 15.7 Código Postal <u> </u> 15.8 Localidad <u> </u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u> </u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>11</u> Mes <u>10</u> Año <u>2017</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>15</u>
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Necrosis severa</u> b) <u>Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda</u> c) <u> </u> d) <u> </u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u> </u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 d.</u> <u>3 d.</u> <u> </u> <u> </u> Código CIE <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u> </u>		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 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"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <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? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u> </u>		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u> </u>
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad <u> </u> 22.7.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 22.7.3 Núm. Exterior <u> </u> 22.7.4 Núm. Interior <u> </u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u> </u> 22.7.7 Código Postal <u> </u> 22.7.8 Localidad <u> </u> 22.7.9 Municipio o Alcaldía <u> </u> 22.7.10 Entidad federativa <u> </u>		23. NOMBRE Nombre(s) <u>Edgar</u> Primer Apellido <u>Gutiérrez</u> Segundo Apellido <u>Olivera</u>
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Primo</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/>
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique <u>5184917</u> Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Edgar Alejandro</u> Primer Apellido <u>Gutiérrez</u> Segundo Apellido <u>Olivera</u>
28. FIRMA <u> </u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u> </u> 29.2 Nombre de la vialidad <u> </u> 29.3 Núm. Exterior <u>78435</u> 29.4 Núm. Interior <u> </u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u> </u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 29.7 Código Postal <u> </u> 29.8 Localidad <u> </u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u> </u> 29.11 Teléfono <u>44414826101010</u>
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>11</u> Mes <u>10</u> Año <u>2017</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA G. JIJGADO
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES



200639482