



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

200639938

200639938 200639938 200639938 200639938 200639938 200639938

VERIFIQUE EL CONTENIDO Y LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Arcos		Lucio		Martinez	
Nombre(s)				Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		1931-02-11		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día	Mes	Año	Hombre <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	San Luis Potosí	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		LUMA620203HSPCRN		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Se ignora <input type="checkbox"/> 99	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2	Se ignora <input type="checkbox"/> C
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Especifique
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	518 Se ignora <input type="checkbox"/>
Para menores de 28 días anote:							
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):							
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 3 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 0							
En unión libre <input type="checkbox"/> 4							
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Peagana 10.2 Nombre de la vialidad Lázaro Cárdenas 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí San Luis Potosí							
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Cumpiteco Se ignora <input type="checkbox"/>							
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL Cumpiteco Se ignora <input type="checkbox"/>							
Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Completa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEMENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General de Siedad 14.1 Nombre de la unidad médica Vía pública <input type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 0 Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 0 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8							
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Avendida Vicentín Amador 15.2 Nombre de la vialidad Rivas Guillen 15.6 Nombre del asentamiento humano Siedad de Colomino Sánchez Siedad de Graciano Sánchez 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano Colonia 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa							
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 15.11 Día 15.12 Mes 15.13 Año 15.14 Horas 15.15 Minutos 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)							
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente							
a) Insuficiencia respiratoria aguda 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							
b) Neumonía preexistente SAES CO 2 Debido a (o como consecuencia de)							
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE							
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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5							
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE							
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área industrial <input type="checkbox"/> 6 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Granja <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)							
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 José Oscar Lucio Cimacino Hijo							
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique Número de la cédula profesional							
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1184318							
27. NOMBRE Monica LIZETTE Valladares Cortez Segundo Apellido							
28. FIRMA							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Avenida Venustiano Carranza 1112 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano							
Rivas Guillen 1718141315 29.6 Nombre del asentamiento humano Siedad de Graciano Sanchez 29.7 Código Posta 29.8 Localidad							
29.9 Municipio o Alcaldía 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN							
Colonia 29.12 Telefono 29.13 Día 29.14 Mes 29.15 Año							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							

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

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

200639938

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

EG. IL