



# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210830204

ENTREGUE EL ORIGINAL (LA PRIMERA ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE EMITA EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Ruben Jacob Flores</u>		2. FECHA DE NACIMIENTO <u>10/07/1981</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí</u>
5. CURP <u>FLOTB8107105H5PILVIB07</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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>  </u> Minutos Para menores de un día: <u>  </u> Horas Para menores de un mes: <u>  </u> Días Para menores de un año: <u>  </u> Meses Para personas de un año o más: <u>03</u> Años cumplidos		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" 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 Privada 2da del apostolado</u>		10.1 Tipo de vialidad <u>Trascurrimiento</u>		10.2 Nombre de la vialidad <u>M. San de Santiago</u>	
10.3 Núm. Exterior <u>7811717</u>		10.4 Núm. Interior <u>  </u>		10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>	
10.7 Código Postal <u>7811717</u>		10.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u>		10.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajadora en el hogar</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación <u>  </u>		13.2 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>  </u>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u>		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>  </u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>1112</u>		15.1 Tipo de vialidad <u>Privada</u>		15.2 Nombre de la vialidad <u>Valencia Amador</u>	
15.3 Núm. Exterior <u>7841316</u>		15.4 Núm. Interior <u>  </u>		15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Rivera Guillén</u>	
15.7 Código Postal <u>7841316</u>		15.8 Localidad <u>Salceda de G.S.</u>		15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>10</u> Año <u>2012</u> Horas <u>04</u> Minutos <u>37</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>3 días</u>	Código CIE <u>  </u>
a) <u>Falta de oxígeno múltiple</u>			
b) <u>Paro cardíaco</u>			
c) <u>Obesidad</u>		<u>10 días</u>	<u>  </u>
d) <u>  </u>		<u>20 años</u>	<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"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>  </u>
--	--	--	---	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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 <u>  </u>		22.8 Tipo de vialidad <u>  </u>		
22.7.3 Núm. Exterior <u>  </u>		22.7.4 Núm. Interior <u>  </u>		22.7.2 Nombre de la vialidad <u>  </u>
22.7.7 Código Postal <u>  </u>		22.7.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u>		22.7.6 Nombre del asentamiento humano <u>  </u>
22.7.8 Localidad <u>  </u>		22.7.9 Municipio o Alcaldía <u>  </u>		22.7.10 Entidad federativa <u>  </u>

DEL INF.

23. NOMBRE <u>Luz Verónica Saldaña</u>		23.1 Tipo de vialidad <u>  </u>		23.2 Nombre de la vialidad <u>  </u>	23.3 Núm. Exterior <u>  </u>	23.4 Núm. Interior <u>  </u>	23.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u>
23.6 Nombre del asentamiento humano <u>  </u>		23.7 Código Postal <u>  </u>		23.8 Localidad <u>  </u>		23.9 Municipio o Alcaldía <u>  </u>	
23.10 Entidad federativa <u>  </u>		23.11 Teléfono <u>  </u>		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>			

DEL CERTIFICANTE

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 Número de la cédula profesional <u>5184917</u>		27. NOMBRE <u>Edgardo Alvarado</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>  </u>		29.4 Núm. Interior <u>  </u>	
29.5 Tipo de asentamiento humano <u>  </u>		29.6 Código Postal <u>  </u>		29.7 Localidad <u>  </u>		29.8 Municipio o Alcaldía <u>  </u>	
29.9 Entidad federativa <u>  </u>		29.10 Teléfono <u>  </u>		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>13/10/2012</u>			

210830204