



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

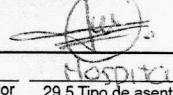
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Made by 2017.1

FOLIO

210830205

304

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Hern		Maur		ESQUICHA	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
12 7 10 14 19 5 12		Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		San Luis Potosí			
Día Mes Año				Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
MIAELIS120141217MISIPRIS1202		Se ignora <input type="radio"/> 99 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
		Minutos		Horas		Días	
Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:				8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
10. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vialidad		9. ESTADO CONYUGAL		10.2 Nombre de la vialidad	
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4		del MUNICO	
813		Calle 111 número 123		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		San LUIS POTOSI	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
17841313				Sociedad de Graciano		San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o Alcaldía		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL		Hogar	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8		Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10		Secundaria <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
ISSSTE <input type="radio"/> 3 IMSS <input type="radio"/> 2		SEDENA <input type="radio"/> 5 PEMEX <input type="radio"/> 4		Seguro Popular <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 6		Otra <input type="radio"/> 8 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10	
Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 7		Hospital General de Scedad		Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4		Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> 11	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		Se ignora <input type="radio"/> 99	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
1117		Hospital		Sociedad de Graciano		San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
30 11 10 12 0 20 20 0 19 30 1		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
Día Mes Año Horas Minutos		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
PARTE I		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?	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u obra)	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3	
22.2 Homicidio <input type="radio"/> 2		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera <input type="radio"/> 4 (rancho o parcela)	
22.3 Suicidio <input type="radio"/> 3				Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 Se ignora <input type="radio"/> 9				22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Otro <input type="radio"/> 8	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:						Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.6 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	
1117							
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.7		22.7.8		22.7.9		22.7.10	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Ahei		Retmio		Maur		Hijo	
Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Médico legista <input type="radio"/> 2 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5		Otro médico* <input type="radio"/> 3 Otra* <input type="radio"/> 8		7543300 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Luis Francisco		Pere		Valle			
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	
Avenda		29.1		29.2		29.3	
29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Localidad		29.4	
29.5		29.6		29.6		29.5	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.8 Localidad		29.6	
Hospital General de Scedad		7841313		Sociedad de Graciano		Hospital	
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono		29.9	
29.9		29.10		29.11		29.9	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
E. L.		30.11.10.2020		Día Mes Año			