



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

FOLIO
210830322
Modelo 2017.1

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Rene</u> Primer Apellido <u>Zavala</u> Segundo Apellido <u>Torres</u>					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>11</u> Año <u>1963</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> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP <u>21ATR6311112HSPVIRNO2</u> Se ignora <input type="radio"/>		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>5</u> Para menores de un día: Horas <u>6</u> Para menores de un mes: Días <u>10</u> Para menores de un año: Meses <u>5</u> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>56</u> Se ignora <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Sde. María</u> 10.3 Núm. Exterior <u>17951610</u> 10.4 Núm. Interior <u>17951610</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u> 10.7 Código Postal <u>77951610</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)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <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 type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior <u>1112</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> 15.7 Código Postal <u>778435</u> 15.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 15.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>03</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>40</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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Neumonía Atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> 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 <u>Dianosis Mieloides 2</u> <u>Hipertensión arterial</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>4 días</u> Código CIE <u>4 días</u> Código CIE <u>4 días</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>4 días</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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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 Anoté 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 Nombre(s) <u>Evangeliina</u> Primer Apellido <u>Castillo</u> Segundo Apellido <u>Manríquez</u>			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input 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>7543300</u>		27. NOMBRE Nombre(s) <u>Isai Francisco</u> Primer Apellido <u>Pérez</u> Segundo Apellido <u>Valle</u>			
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentín Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior <u>1112</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> 29.7 Código Postal <u>778435</u> 29.8 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 29.9 Municipio o Alcaldía <u>San Luis Potosí</u> 29.10 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>03</u> Mes <u>11</u> Año <u>2020</u>		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					



210830322