



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

210830702

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Leobaldo		Martinez		Hernández	
		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		18/01/1958		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		Tlaxcala	
5. CURP		MAHLIS180118HHSZB05		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
				Se ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> →	
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	Se ignora <input type="radio"/> 162 Años cumplidos <input checked="" type="radio"/>
		Minutos	Horas	Días	Meses		Especifique
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="radio"/> 6 En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
				Calle		J. ISABEL RIVERA 735	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
71811101				Colonia Vicentina		Colonia Vicentina	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		San Luis Potosí		San Luis Potosí	
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		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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	Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 2	Diseñador <input type="radio"/>	Via pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
				Hospital General de Ciudad		Hospital General de Ciudad	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		15.2 Nombre de la vialidad		15.10 Entidad federativa	
		Avenida Hospital		Avenida Amador		San Luis Potosí	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
1112				Colonia de Vicentina		Colonia de Vicentina	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o Alcaldía		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Día 11 11 2012 01 118 016		16.2 Mes Año Horas Minutos		16.3 ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
						Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)		19.1 PARTE I		19.2 Causas antecedentes		19.3 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Código CIE	
a)		Debido a (o como consecuencia de)		Neumonía (Código 19)		6 días	
b)		Debido a (o como consecuencia de)		Síndrome inmunológico respiratorio agudo		6 días	
c)		Debido a (o como consecuencia de)					
d)							
19.4 PARTE II		Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Cereopatía hipertensiva		6 días	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
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		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
		Homicidio <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Área deportiva <input type="radio"/> 3 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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	
1112							
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	
22.7.8 Luz Adriana		Martinez		Sosa		Hernández	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Luz Adriana		Martinez		Sosa		Hija	
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	
				adsanto *Especifique			
27. NOMBRE		28. FIRMA					
Luis Francisco		Pérez		Valle.		Luis	
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	
Avenida		Avenida		Lázaro Cárdenas		1112	
Hospitral General de Ciudad.		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal		29.4 Núm. Interior	
Ciudad de Vicentina				718141315			
29.9 Municipio o Alcaldía		29.10 Entidad federativa		29.8 Localidad		29.11 Teléfono	
San Luis Potosí		San Luis Potosí					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA 1A O. IIIZGDO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
Día Mes Año							