



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210837578
210837578 210837578 210837578 210837578 210837578

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 SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

210837578

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Nictor Manuel Rodriguez Martinez</u>	
	Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15 02 19 57</u>	
	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>San Luis Potosí S.L.P.</u>	
	Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	5. CURP <u>RO41V570215HSPDRK03</u>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	7. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8. EDAD CUMPLIDA <u>063</u>	
Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos		
9. ESTADO CONYUGAL <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>Calle Gaceta</u>		
Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		
10.1 Tipo de vivienda <u>Fraccionamiento</u>		
10.2 Nombre de la vivienda <u>Hacienda de Jacaranda</u>		
10.3 Núm. Exterior <u>78139</u>		
10.4 Núm. Interior		
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		
10.8 Localidad		
10.9 Municipio o Alcaldía		
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11.1 La escolaridad seleccionada es: <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Sin empleo</u>		
12.1 Trabajaba <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13.1 Número de seguridad social o afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Hospital General de Salud</u>		
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"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14.1 Nombre de la unidad médica		
14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Avenida</u>		
15.1 Tipo de vivienda <u>Colonia</u>		
15.2 Nombre de la vivienda <u>Rural Guadalupe</u>		
15.3 Núm. Exterior <u>1112</u>		
15.4 Núm. Interior		
15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Soledad de Graciela Sanchez</u>		
15.6 Nombre del asentamiento humano <u>San Luis Potosí</u>		
15.7 Código Postal		
15.8 Localidad		
15.9 Municipio o Alcaldía		
15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>19 01 20 21 09 20</u>		
Día Mes Año Horas Minutos		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <u>Síndrome de hipertermia hiperhidrosis y diarrea</u>		
Debido a (o como consecuencia de) <u>Necrosis probable coxis - R</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>Hipertensión Arterial Sistólica</u>		
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 días</u>		
Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
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: <input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> Se ignora <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? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		
22.1 Fue un presunto <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) <input type="radio"/> Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="radio"/>		
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 vivienda		
22.7.2 Nombre de la vivienda		
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 <u>Josefina Elias Monsivais</u>		
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>		
25. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> 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"/> Se ignora <input type="radio"/>		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>386227</u>		
Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE <u>Esteban Lopez Espinosa</u>		
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
28. FIRMA <u>[Firma]</u>		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Rural Guadalupe</u>		
29.1 Tipo de vivienda		
29.2 Nombre de la vivienda		
29.3 Núm. Exterior		
29.4 Núm. Interior		
29.5 Tipo de asentamiento humano		
29.6 Nombre del asentamiento humano		
29.7 Código Postal		
29.8 Localidad		
29.9 Municipio o Alcaldía		
29.10 Entidad federativa		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>19 01 20 21</u>		
Día Mes Año		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
32.1 Localidad		
32.2 Municipio o Alcaldía		
32.3 Entidad federativa		
32.4 Día Mes Año		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD