



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO

212248456

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| 1. NOMBRE DEL(FE LA) FALLECIDO(A) | | SILVINO CHAVIR | Primer Apellido | CAMACHO | Segundo Apellido | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO | | 14/02/1934 | 3. SEXO | Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO | SAN LUIS POTOSI |
| 5. CURP | | LCACIS340214HSPHMLD4 | 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? | Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 7. NACIONALIDAD | Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> |
| 8. EDAD | | Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos <input type="radio"/> Para menores de un día <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/> Para menores de un mes <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Para menores de un año <input type="radio"/> Meses <input type="radio"/> Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos <input type="radio"/> | 9. ESTADO CONYUGAL | Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | |
| 10. RESIDENCIA HABITUAL | | Anote el domicilio permanente donde vivía el(fa) fallecido(a) | | | | |
| 10.3 Núm. Exterior | | 10.4 Núm. Interior | 10.5 Tipo de asentamiento humano | 10.6 Nombre del asentamiento humano | | |
| 10.7 Código Postal | | 10.8 Localidad | | | | |
| 11. ESCOLARIDAD | | Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> | 11.1 La escolaridad seleccionada es: | 12. OCUPACIÓN HABITUAL | COMERCIANTE <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"/> Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 13.1 Número de seguridad social o afiliación | | | |
| 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> | 14.1 Nombre de la unidad médica | Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | |
| 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN | | 15.1 Tipo de vivienda | 15.2 Nombre de la vivienda | 15.3 Núm. Exterior | 15.4 Núm. Interior | |
| 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | | 15.5 Tipo de asentamiento humano | 15.6 Nombre del asentamiento humano | 15.7 Código Postal | 15.8 Localidad | |
| 17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> | | |
| 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) | | PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjeron la muerte directamente | | | | |
| Causas antecedentes | | a) Debido a (o como consecuencia de) | b) Debido a (o como consecuencia de) | c) Debido a (o como consecuencia de) | d) | |
| Estados morboso, si existieron alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | | | | | |
| 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 del embarazo, parto o puerperio? | 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | 21.4 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte | |
| 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | | 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 estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> | 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? | 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión | 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a) | |
| 22.1 Fue un presunto accidente | | Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> | Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Rancho o parcela <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> | |
| 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: | | 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio | | | | |
| 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 | 22.7.2 Nombre de la vivienda | | |
| 23. NOMBRE | | Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido | 24. PARENTESCO CON EL(FA) FALLECIDO(A) | |
| 25. CERTIFICADA POR | | Médico tratante <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> | Otro médico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | Número de la cédula profesional | |
| 27. NOMBRE | | Luis Alvaro Gómez González | | 28. FIRMA | | |
| 29. DOMICILIO y TELÉFONO | | 29.1 Tipo de vivienda | 29.2 Nombre de la vivienda | 29.3 Núm. Exterior | 29.4 Núm. Interior | |
| TAMAZUNCHALE - SAN LUIS POTOSI | | ZACATLÁN | ZACATLÁN | Km. 03 | 29.5 Tipo de asentamiento humano | |
| 29.6 Nombre del asentamiento humano | | 29.7 Código Postal | 29.8 Localidad | 29.9 Municipio o Alcaldía | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN | |
| TAMAZUNCHALE | | 29.10 Entidad federativa | 29.11 Teléfono | 29.12 Municipio o Alcaldía | Dia <input type="radio"/> Mes <input type="radio"/> Año <input type="radio"/> | |
| 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO | | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | 32.1 Localidad | 32.2 Municipio o Alcaldía | 32.3 Entidad federativa | |
| Número _____, Libro Número _____ | | 32.4 Dia | 32.5 Mes | 32.6 Año | | |
| 31.1 Acta Número _____ | | 32.4 Dia | | | | |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3^a COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

212248456

Rubén Chávez Rubio

Eduardo