



Juan Gabrie
Torres Pérez

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

212250164

356-365

1. NOMBRE DEL(DE LA) FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			356-365				
2. FECHA DE NACIMIENTO			3. SEXO			4. ENTIDAD DE NACIMIENTO										
Día 28 Mes 03 Año 1934			Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9													
5. CURP TOPJ M0328 HSPB N03			Se ignora <input type="radio"/> 99			6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			7. NACIONALIDAD			Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)				
						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2			Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2			Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA			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									
Para menores de 28 días anote:						8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL			Especifique					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:								Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5						
								En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1						
10. RESIDENCIA HABITUAL			Anote el domicilio permanente donde vivía el(la) fallecido(a)			10.1 Tipo de vialidad			10.2 Nombre de la vialidad							
						Mariano Velasco			Mariano Velasco							
10.3 Núm. Exterior			10.4 Núm. Interior			10.5 Tipo de asentamiento humano			10.6 Nombre del asentamiento humano							
						Calle			Mariano Velasco			Miravalle				
10.7 Código Postal			10.8 Localidad			10.9 Municipio o Alcaldía			10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
						Colima										
11. ESCOLARIDAD			Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			11.1 La escolaridad seleccionada es:			12. OCUPACIÓN HABITUAL			Se ignora <input type="radio"/> 99				
						Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9							
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seg. Popular / INSABI <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación												
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	14.1 Nombre de la unidad médica			14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			15.1 Tipo de vialidad			15.2 Nombre de la vialidad			15.6 Nombre del asentamiento humano			15.7 Código Postal				
15.3 Núm. Exterior			15.4 Núm. Interior			15.5 Tipo de asentamiento humano			15.9 Municipio o Alcaldía			15.10 Entidad federativa				
						Calle			Colima							
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			Día Mes Año	Horas Minutos			17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?						
							Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)			a) Debido a (o como consecuencia de)			b) Debido a (o como consecuencia de)			c) Debido a (o como consecuencia de)			d) Debido a (o como consecuencia de)				
PARTE I			Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			Choque Septico			VIH			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
PARTE II			Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo													
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?			Uso exclusivo del personal codificador				
			El embarazo <input type="radio"/> 1 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 Se ignora <input type="radio"/> 9			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5			22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
						Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						Área deportiva <input type="radio"/> 3 (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9				
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			22.7.1 Tipo de vialidad			22.7.2 Nombre de la vialidad			CRÉDITOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ HOSPITAL GENERAL COLIMA, S.R.L.				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió 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			22.7.10 Entidad federativa				
						Calle										
22.7.7 Código Postal			22.7.8 Localidad			22.7.9 Municipio o Alcaldía										
23. NOMBRE			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
			Romero			Velazquez			Mtz			109				
25. CERTIFICADA POR			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 Otro* <input type="radio"/> 8	*Especifique			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			10087849				
												Número de la cédula profesional				
27. NOMBRE			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido			28. FIRMA				
			Osvaldo			Chapa			Castillo							
29. DOMICILIO y TELÉFONO			29.1 Tipo de vialidad			29.2 Nombre de la vialidad			29.3 Núm. Exterior			29.4 Núm. Interior				
29.6 Nombre del asentamiento humano			29.7 Código Postal			29.8 Localidad										
29.9 Municipio o Alcaldía			29.10 Entidad federativa			29.11 Teléfono										
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN										
			Núm. _____ Libro Núm. _____			32.1 Localidad										
DEL REG. CIVIL																