



107621

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015  
FOLIO 169

150679545

**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>MA. YOLANDA CRUZ</b></p> <p>Nombre(s) <b>Apellido paterno</b> <b>BARRAGAN</b> Apellido materno</p> <p>2. CURP <b>CUBY790220MSPRRL07</b> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>6. PESO <b>36</b> Kilogramos Gramos</p> <p>7. TALLA <b>1.58</b> Metros Centímetros</p> <p>8. FECHA DE NACIMIENTO <b>28021979</b> Día Mes Año</p> <p>9. 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 Minutos Horas Días Meses Años cumplidos</p> <p>9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:</p> <p>10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>QUINTA PRIVADA DE GALEANA 513 SAN ANTONIO RIOVERDE</b></p> <p>11.1 Calle y número <b>RIOVERDE</b></p> <p>11.2 Colonia <b>SAN LUIS POTOSI</b></p> <p>11.3 Localidad <b>RIOVERDE</b></p> <p>11.4 Municipio o delegación <b>SAN LUIS POTOSI</b></p> <p>11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</p> <p>12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10</p> <p>13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>DEPENDIENTA</b> Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8</p> <p>IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2410995699 - 3</b></p> <p>15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <b>HOSPITAL GENERAL DE RIOVERDE</b></p> <p>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</p> <p>15.1 Nombre de la unidad médica <b>HOSPITAL GENERAL DE RIOVERDE</b></p> <p>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12</p> <p>Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>RIOVERDE</b></p> <p>16.1 Calle y número <b>RIOVERDE</b></p> <p>16.2 Colonia <b>SAN LUIS POTOSI</b></p> <p>16.3 Localidad <b>RIOVERDE</b></p> <p>16.4 Municipio o delegación <b>SAN LUIS POTOSI</b></p> <p>16.5 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSI</b></p> <p>17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>197201504:45</b> Dia Mes Año Horas Minutos</p> <p>18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p><b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) <b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) <b>DIABETES MELLITUS TIPO 2</b> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) <b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA</b> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) <b>INTENSO DOLOR</b> Debido a (o como consecuencia de)</p> <p><b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <p>El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5</p> <p>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <b>2 AÑOS</b></p> <p>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p>22.4 Uso exclusivo del personal codificador</p> <p>23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <b>16 AÑOS</b></p> <p>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión</p> <p>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión</p> <p>23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad</p> <p>23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa</p>									
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--