



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160613507

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Inocencia</u> Apellido paterno <u>Lara</u> Apellido materno <u>Reigosa</u>		3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09
2. CURP <u>INOCEN LAR REIGOSA</u>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	6. PESO Kilogramos <u>55</u> Gramos <u>000</u>	7. TALLA Metros <u>1.50</u> Centímetros <u>00</u>
8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>28</u> Mes <u>11</u> Año <u>1934</u>		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos <u>00</u> Para menores de un día Horas <u>00</u> Para menores de un mes Días <u>00</u> Para menores de un año Meses <u>00</u> Para personas de un año o más Años cumplidos <u>81</u> Se ignora ☐ 09	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09		11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Av. 5 de Mayo 555</u> 11.2 Colonia <u>Barrio de Ibarra</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☒ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 08 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2411006224</u>	

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08		15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Luis Potosí</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>00000000000000000000</u> 15.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 15.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 15.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Av. 5 de Mayo 555</u> 16.2 Colonia <u>Barrio de Ibarra</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis Potosí</u>		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>07</u> Mes <u>12</u> Año <u>2016</u> Horas <u>14</u> Minutos <u>40</u>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Choque séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Neumonía intrahospitalaria</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Desecubrimiento neurocraneal</u> <u>Papeles mellados tipo 2 hipertensión arterial</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>30 min</u> <u>1 hora</u> <u>3 am</u> <u>1 año</u> Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☒ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
22.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☒ 02		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 08 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? <u>00</u> 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>00000000000000000000</u> 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>00000000000000000000</u> 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>00000000000000000000</u> 23.7.2 Colonia <u>00000000000000000000</u> 23.7.3 Localidad <u>00000000000000000000</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>00000000000000000000</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>00000000000000000000</u>	
---	--

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) <u>Jose Luis</u> Apellido paterno <u>Reigosa</u> Apellido materno <u>Lara</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>00</u>	
---	--	---	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☐ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5166512</u> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Jose Francisco</u> Apellido paterno <u>Nandara</u> Apellido materno <u>Esquivel</u>		29. TELÉFONO <u>5260100</u>	
30. DOMICILIO <u>Av. 5 de Mayo 555 Barrio de Ibarra San Luis Potosí</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>07</u> Mes <u>12</u> Año <u>2016</u>			

EL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>00000000000000000000</u> Libro Núm. <u>00000000000000000000</u>		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>00000000000000000000</u>	
--	--	---	--

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

160613507