



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

170644617

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{er} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARS.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Guillermo Gaston Guzman		Primer Apellido	Morato			
2. FECHA DE NACIMIENTO		01091973	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Tamaulipas		
5. CURP				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
				Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Se Ignora <input type="radio"/>		
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		
				8.2 Semanas de gestación:		8.3 ESTADO CONYUGAL		
						Separado(a) <input type="radio"/> 6 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Se Ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		Calle		10.1 Tipo de vialidad	Francisco de Montejo	
				Colonia		10.2 Nombre de la vialidad	Industrial Aviación	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano		San Luis Potosí		10.6 Nombre del asentamiento humano	
					10.9 Municipio o delegación		San Luis Potosí	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Preescolar <input type="radio"/> 12 Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input checked="" type="radio"/> 10	Secundaria <input type="radio"/> 5 Se Ignora <input type="radio"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	
						Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Se Ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	13.1 Número de seguridad social o afiliación		
						14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		
						Hospital General de Soledad		
14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vialidad		
				Calle		15.2 Nombre de la vialidad		
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano		Colonia		15.6 Nombre del asentamiento humano	
					Soledad de Graciano Sanchez		San Luis Potosí	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		05102017	0650	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
		Día	Mes	Año	Horas	Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19.1 Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente						
		a)	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida					
		b)	Debido a (o como consecuencia de)					
		c)	Debido a (o como consecuencia de)					
		d)	Debido a (o como consecuencia de)					
19.2 Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo								
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:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
		El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	El parto <input type="radio"/> 2 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	El puerperio <input type="radio"/> 3	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se Ignora <input type="radio"/> 99	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión						
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2		Área industrial <input type="radio"/> 6 (taller, fábrica u oficina) Granja <input type="radio"/> 7 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 8 Se Ignora <input type="radio"/> 9		
22.4 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad				
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 delegación	22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE		María Elvira	Guzman	Morato	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
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 checked="" type="radio"/> 3 Otro* <input type="radio"/> 8	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
27. NOMBRE		Marvin Homero	Hernandez	de la Cruz	28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		Calle	Valentin Amador	1112	29.1 Tipo de vialidad			
		Rivas Guillen	Colonia	29.2 Nombre de la vialidad	29.3 Núm. Exterior			
		Soledad de Graciano Sanchez	San Luis Potosí	29.4 Núm. Interior	29.5 Tipo de asentamiento humano			
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		05102017				

170644617

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL