



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

Modelo 2015
FOLIO

150669184

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Jose Luis</u> Apellido paterno <u>Rosales</u> Apellido materno <u>Torres</u>			
2. CURP <u>12011453106111111111111111111111</u> Se ignora ☐		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		6. PESO <u>45</u> Kilogramos <u>170</u> Grámos	
7. TALLA <u>1.70</u> Metros <u>170</u> Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <u>11/11/1961</u> Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u> </u> Minutos Para menores de un día: <u> </u> Horas Para menores de un mes: <u> </u> Días Para menores de un año: <u> </u> Meses Para personas de un año o más: <u>61</u> Años cumplidos Se ignora ☐			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u> </u>		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Torreón 11412</u> 11.2 Colonia <u>San Juan</u> 11.3 Localidad <u>Puebla</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Juan</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>Puebla</u>			
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☒ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2413003126</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Nombre de la unidad pública 15.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Paseo de la Independencia 112</u> 16.2 Colonia <u>San Juan</u> 16.3 Localidad <u>Puebla</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Juan</u> 16.5 Entidad federativa <u>Puebla</u>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/11/2015</u> Día Mes Año <u>11:31</u> Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Falta de oxígeno materno</u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> b) <u>Embarazo séptico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> c) <u>Neumonia bacteriana complicada</u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> d) <u>Cáncer gástrico de tipo no esofágico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u> </u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Desnutrición grave</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>157.9</u> <u>118.9</u> <u>116.9</u>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u> </u>		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u>	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u> </u>			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u> </u> 23.7.2 Colonia <u> </u> 23.7.3 Localidad <u> </u> 23.7.4 Municipio o delegación <u> </u> 23.7.5 Entidad federativa <u> </u>			
24. NOMBRE Nombre(s) <u> </u> Apellido paterno <u> </u> Apellido materno <u> </u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u> </u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>54541082</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u> </u> Apellido paterno <u> </u> Apellido materno <u> </u>		28. TELÉFONO <u> </u>	
30. DOMICILIO <u> </u>		31. FIRMA <u> </u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/11/2015</u> Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA <u> </u>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u> </u>		35. FECHA DE REGISTRO <u> </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

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 PARTICULARES.

150669184