



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

Modelo 2015
FOLIO

150669186

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Trinidad</u> Apellido paterno <u>Zamora</u> Apellido materno <u>Rivera</u>		
2. CURP [Blank]		
3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO Kilogramos <u>62</u> Gramos <u>000</u>
7. TALLA Metros <u>1.60</u> Centímetros <u>00</u>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>04</u> Mes <u>10</u> Año <u>1983</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>00</u> Se ignora ☐ 9		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Blank]		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 5 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 6 Se ignora ☐ 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>321</u> 11.2 Colonia <u>San Juan</u> 11.3 Localidad <u>San Juan</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Juan</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>San Juan</u>		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria Incompleta ☐ 2 Secundaria Incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☒ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10		
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		
14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>54303315-1</u>		

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 8 Otra unidad pública ☐ 8			15.1 Nombre de la unidad médica <u>Unidad Médica</u>	Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>321</u> 16.2 Colonia <u>San Juan</u> 16.3 Localidad <u>San Juan</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Juan</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Juan</u>			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>54303315-1</u>	Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2015</u> Horas <u>10</u> Minutos <u>00</u>			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 mes</u>	

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>Enfermedad cardiovascular</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Coronaropatía isquémica</u> b) <u>Accidente cerebrovascular</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Accidente cerebrovascular</u> c) <u>Enfermedad cardiovascular</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad cardiovascular</u> d) <u>Enfermedad cardiovascular</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad cardiovascular</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			Código CIE <u>I25.0</u>		
---	--	--	-------------------------	--	--

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>I25.0</u>					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank]			23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>112</u>					23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>Accidente cerebrovascular</u>				
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>321</u> 23.7.2 Colonia <u>San Juan</u> 23.7.3 Localidad <u>San Juan</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>San Juan</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>San Juan</u>												

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) <u>Trinidad</u> Apellido paterno <u>Zamora</u> Apellido materno <u>Rivera</u>			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Esposa</u>		
---	--	--	---	--	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>7288709</u>		
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Trinidad</u> Apellido paterno <u>Zamora</u> Apellido materno <u>Rivera</u>			29. TELÉFONO <u>8560100</u>		
30. DOMICILIO <u>Carretera a San Juan, 112</u>			31. FIRMA <u>[Firma]</u>		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2015</u>					

L. REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>San Juan</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.



150669186