



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

Modelo 2015
FOLIO

150669189

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Josefa Zuniga Flores Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno					
	2. CURP ZUFJ320319MSPXLS02 Se ignora 099		3. SEXO Hombre 01 Mujer ☒ Se ignora 09	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra 02 Se ignora 09		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 01 No ☒ Se ignora 09		6. PESO 46.7 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.50 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 19/03/1932 Día Mes Año	
	9. 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 83 Se ignora 09		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) ☒ Se ignora 09			
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 20 de Noviembre San Antonio de Tzotz Guadalupe 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Guadalupe San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
	12. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria incompleta ☒ Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 07 Se ignora 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar 13.1 Trabajó Sí 01 No 02 Se ignora 09			
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular ☒ Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2410934633-1			
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 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 Hospital General de Salud 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Prolongación Valentín Amador 1112 Rivas Huerta Sidad de Graciano Sánchez 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Sidad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa					
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/05/2015 18:50 Día Mes Año Horas Minutos		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	
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) b) Insuficiencia cardíaca Debido a (o como consecuencia de) c) Insuficiencia renal Debido a (o como consecuencia de) d) Insuficiencia respiratoria PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Insuficiencia arterial Intubación orotraqueal			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 días 10 años 20 años 80 años 10 años 6 días Uso exclusivo del personal codificador 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 complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 01 No 02	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09 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 01 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(la) fallecido(a)? Hijo	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa					
	DEL INF.	24. NOMBRE Nicolas Sanchez Zuniga Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
		26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ 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 4495158 Número de la cédula profesional	
	DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Valeria Estada Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			29. TELÉFONO 8-26-01-00	
		30. DOMICILIO Prolongación Valentín Amador 1112 Col. Rivas Huerta Sidad de Graciano Sánchez			31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/05/2015 Día Mes Año	
	LEG. IL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

150669189

