



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

Modelo 2015  
FOLIO

150672967

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>ra</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>da</sup> 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)		Rodrigo Martínez Nuñez				
	Apellido paterno		Apellido materno				
DE LA DEFUNCIÓN	2. CURP	3. SEXO	4. NACIONALIDAD				
		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99			
DE LA DEFUNCIÓN	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO			
	Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	7.000 Kilogramos	Metros Centímetros	14 05 2014 Dia Mes Año			
DE LA DEFUNCIÓN	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	
						Se ignora <input type="radio"/> 99	
DE LA DEFUNCIÓN	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL				
			En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09				
DE LA DEFUNCIÓN	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		11.3 Localidad				
	Miguel Hidalgo s/n 11.1 Calle y número Alaquines 11.4 Municipio o delegación		Las Peñitas San Luis Potosí 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
DE LA DEFUNCIÓN	12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL				
	Ninguna <input checked="" type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99	Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99					
DE LA DEFUNCIÓN	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación				
	Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08	IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	2411012240-3				
DE LA DEFUNCIÓN	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica				
	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08					
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.2 Localidad				
	López s/n 16.1 Calle y número Alaquines 16.4 Municipio o delegación	Rancho de Pro 16.2 Colonia San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa					
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?				
	14 05 2015 Día Mes Año	13:20 Horas Minutos	Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99				
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?				
	<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente  <b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99				
DE LA DEFUNCIÓN	a) <b>Deshidratación severa</b> Debido a (o como consecuencia de)		16.6 Entidad federativa Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 72 horas. 1586X				
	b) <b>Enfermedad d'ameira aguda</b> Debido a (o como consecuencia de)		16.7 Entidad federativa Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 24 horas. 1090				
DE LA DEFUNCIÓN	c) <b> </b> Debido a (o como consecuencia de)						
	d) <b> </b> Debido a (o como consecuencia de)						
DE LA DEFUNCIÓN	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Área industrial (taller, fábrica u oficina) Área deportiva Granja (rancho o parcela) Calle o carretera (vía pública) Otro	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
DE LA DEFUNCIÓN	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión				
	23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	Vivienda particular <input type="radio"/> 00	Área deportiva <input type="radio"/> 03	Área industrial (taller, fábrica u oficina) Área deportiva Granja (rancho o parcela) Calle o carretera (vía pública) Otro	23.5 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
DE LA DEFUNCIÓN	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				
DE LA DEFUNCIÓN	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						
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				
	Ausencia Nombre(s)	Núñez Apellido paterno	Lara Apellido materno	Made Apellido materno			
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
	Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03	Persona autorizada por <input type="radio"/> 04 la Secretaría de Salud	Autoridad civil <input type="radio"/> 05	Otro <input type="radio"/> 08	Trinité Número de la cédula profesional		
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE		29. TELÉFONO				
	Yireh Nombre(s)	Morales Apellido paterno	Cortina Apellido materno				
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
	5 mayo #4 Bañío de La Luv2, Alaquines		Yireh Morales		14 05 2015 Dia Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
Núm. _____, Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 00023	34.1 Localidad Alaquines	34.2 Municipio o delegación 002 San Luis Potosí 24 19 05 2015	34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD