



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

Modelo 2015
FOLIO

150673272

*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.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Rodrigo</u> Apellido paterno <u>Rincon</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>	
2. CURP <u>R1UR27309191151NR0006</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO <u>70</u> Kilogramos <u>000</u> Gramos
7. TALLA <u>1.65</u> Metros <u>165</u> Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO <u>1910911973</u> Día Mes Año
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>4</u> Minutos Para menores de un día: <u>1</u> Horas Para menores de un mes: <u>1</u> Días Para menores de un año: <u>1</u> Meses Para personas de un año o más: <u>41</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>109</u>	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Bravo 109</u> 11.2 Colonia <u>San Luis</u> 11.3 Localidad <u>San Luis</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2412012775</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de San Luis</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>2412012775</u> Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Mexico Lavada km 2</u> 16.2 Colonia <u>San Luis</u> 16.3 Localidad <u>San Luis</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis</u> 16.5 Entidad federativa <u>San Luis</u>	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>2910112015</u> Día Mes Año <u>20</u> Horas <u>15</u> Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Chancro</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Desarrollo de la enfermedad</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad de la enfermedad</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Enfermedad de la enfermedad</u> Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>6 hrs.</u> <u>24 hrs.</u> <u>7 años</u>	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>6</u> <u>24</u> <u>7</u>
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			

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 <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>6</u>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>109</u>		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión <u>Chancro</u>		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>Bravo 109</u> 23.7.2 Colonia <u>San Luis</u> 23.7.3 Localidad <u>San Luis</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>San Luis</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>San Luis</u>				

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POS DE LA DEFUNCIÓN

11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD				13. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99				Se ignora <input type="radio"/> 99	
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10				13.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				14.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8				2417012725	
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN				15.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8				Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
Día Mes Año Horas Minutos			Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)					
PARTE I					
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) Debido a (o como consecuencia de)					
b) Debido a (o como consecuencia de)					
c) Debido a (o como consecuencia de)					
d) Debido a (o como consecuencia de)					
Causas antecedentes					
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					
PARTE II					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS					
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:					
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3					
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5					
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?					
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?					
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2					
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN					
Código CIE					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					
23.1 Fue un presunto					
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9					
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?					
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión					
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3					
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4					
Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5					
Se ignora <input type="radio"/> 9					
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?					
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			
24. NOMBRE					
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno					
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
26. CERTIFICADA POR					
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8					
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO					
Número de la cédula profesional					
28. NOMBRE					
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno					
29. TELÉFONO					
30. DOMICILIO					
31. FIRMA					
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN					
Día Mes Año					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO					
Núm. Libro Núm.					
33.1 Acta Núm.					
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO					
34.1 Localidad					
34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*