



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

FOLIO

150673325

ENTREGAR ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) A 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Juana Ledesma Rodriguez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP	
3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
6. PESO Kilogramos Gramos	
7. TALLA Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 27/12/1931 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 Se ignora ☐ 09	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☒ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Corregidora 417 La Pimienta Cd. Valles 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Cd. Valles 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 ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☒ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☒ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☐ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☒ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 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 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 09	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Corregidora 417 La Pimienta Cd. Valles 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Cd. Valles San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 29/04/2015 00:45 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	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Tuberculosis pulmonar 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 morboso que la produjo Enfermedad Pulmonar Obstructiva Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 meses Uso exclusivo del personal certificado Código CIE 15 años Uso exclusivo del personal certificado 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 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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 ☐ 00 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)? 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 Evasmo Ortiz Ledesma Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	
26. CERTIFICADA POR Médico ☐ 01 Médico ☐ 02 Otro ☒ 03 Persona autorizada por ☐ 04 Autoridad ☐ 05 Otro ☐ 06	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2927952	

150673325