



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

Modelo 2015
FOLIO

150673418

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)						
		GISELA Nombre(s)	CRUZ Apellido paterno					
		2. CURP	3. SEXO					
		Se ignora <input type="radio"/> 99	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
		4. NACIONALIDAD						
		Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						
		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO					
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	Kilogramos <input type="radio"/> 7 Gramos <input type="radio"/> 0					
		7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO					
		Metros <input type="radio"/> 1 Centímetros <input type="radio"/> 8	Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 0 Año <input type="radio"/> 4					
		9. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora <input type="radio"/> Minutos					
		Para menores de un día <input type="radio"/> Horas	Para menores de un mes <input type="radio"/> Días					
		Para menores de un año <input type="radio"/> Meses	Para personas de un año o más <input type="radio"/> Años cumplidos					
		04	Se ignora <input type="radio"/> 9					
		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"/> 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)						
		Av. MEXICO KM.2	11.1 Calle y número					
		11.2 Colonia	TANTOQUITO					
		11.3 Localidad	SAN LUIS POTOSI					
		11.4 Municipio o delegación						
		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	13. OCUPACIÓN HABITUAL					
		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input 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 Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" 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 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			14.2 Unidad médica <input type="radio"/> 1 HOSPITAL CLINICAS DE LOS VALLES			
		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica				
		Secretaría de Salud <input 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	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12			
		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		17.1 Día <input type="radio"/> 1 Mes <input type="radio"/> 10 Año <input type="radio"/> 2015 17.2 Horas <input type="radio"/> 20 17.3 Minutos <input type="radio"/> 30		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
		18.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19.1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)				20.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				20.2 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
		a) Debido a (o como consecuencia de)				20.3 12h15, 12h30, 24h15, 24h30		
		b) Debido a (o como consecuencia de)				20.4		
		c) Debido a (o como consecuencia de)				20.5		
		d) Debido a (o como consecuencia de)				20.6		
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				20.7		
		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?		
		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		22.5 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4						
		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión.		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
		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?		23.5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2				
		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		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR		
		GISELA Nombre(s)	CRUZ Apellido paterno	CATARINA Apellido materno	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	
		28. NOMBRE				5402353		
		MUYALDO Nombre(s)	SORIA Apellido paterno	DELGADO Apellido materno			Número de la cédula profesional	
		29. TELÉFONO				38 2 61 70		
		30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
		CARRETERA MEXICO, KM.7, FRACCIONAMIENTO OXETIPA				14 0 22 01 15		
		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
		Nombre Núm.		Localidad Núm.				

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ 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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

150673418

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS
DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

L. REG. CIVIL