



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015  
FOLIO

150673519

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)**

**ORALEA**

Nombre(s)

**SANTOS**

Apellido paterno

**CRUZ**

Apellido materno

**2. CURP**

L A C 0 5 6 0 2 0 4 M S P N R R 0 9	Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 01	Mujer <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD
-------------------------------------	------------------------------------	---------	---------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------

**5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?**

Sí  01 No  02 Se ignora  99

**6. PESO**

56 Kilogramos

**7. TALLA**

160 Metros

**8. FECHA DE NACIMIENTO**

04 02 1956 Día Mes Año

**9. EDAD**

CUMPLIDA De una hora a un año De un día a un mes De un mes a un año De un año a más

Minutos Horas Días Meses Años cumplidos

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  99

**11. RESIDENCIA HABITUAL** Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

**Carr NACIONAL MEXICO LAREDO 20**

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

**Pie 1-2 h**

11.3 Localidad

**San Luis Potosí**

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

**Axtla de Terrazas**

11.4 Municipio o delegación

**12. ESCOLARIDAD**

Ninguna <input 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	

**13. Ocupación Habitual**

<b>Ama de casa</b>	<input type="radio"/> 01	<input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 99
13.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 99

**14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD**

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	14.1 Número de seguridad social o afiliación
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	2402049123

**15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN**

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	Hospital General Cd Vs les	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		S P S S A 0 0 0 3 5 6	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

**16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

**Km 7 Carretera Mexico Laredo Fraccionamiento Oxitipa cd Valles**

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

**San Luis Potosí**

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

**17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN**

12 4 0 2 2 0 1 5 17 : 2 5

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

**18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?**

Sí  01 No  02 Se ignora  99

**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, astenia, etc.)

**PARTE I**  
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

- a) **CHOQUE SEPTICO**  
Debido a (o como consecuencia de)
- b) **NEUMOPATIA MIXTA**  
Debido a (o como consecuencia de)
- c) **EPOC AGUDIZADO**  
Debido a (o como consecuencia de)
- d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

**4 días**

**15 días**

**1 mes**

**49 años**

**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 morbo 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"/> 01	El parto <input type="radio"/> 02	El puerperio <input type="radio"/> 03	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--

Sí  01 No  02

Sí  01 No  02

43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
--	---	---

Sí  01 No  02

Sí  01 No  02

Uso exclusivo del personal codificador

**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

¿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

Granja (rancho o parcela)  07

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  01

Calle o carretera (vía pública)  04

Otro  08

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**

**SANTOS LAMBERTO**

**ANTONIO HERNANDEZ**

Apellido paterno

Apellido materno

**25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)**

**ESPOSO**

**26. CERTIFICADA POR**

Médico tratante  01

Médico legista  02

Otro médico  03

X

Persona autorizada por la Secretaría de Salud  04

Autoridad civil  05

Otro  08

**27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO**

59-7742

Número de la cédula profesional

**28. NOMBRE**

**GABRIELA LOPEZ LEIJA**

Apellido paterno

Apellido materno

**29. TELÉFONO**

**30. DOMICILIO**

**Km 7-Carretera Mexico Laredo**

**Frac- Oxitipa, cd Valles, SLP**

**31. FIRMA**

**32. FECHA DE CERTIFICACIÓN**

21 7 0 1 2 2 0 1 5

Día Mes Año

**33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO**

Núm. \_\_\_\_\_, Libro 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 3<sup>a</sup> COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD\***

Código de Erratas: 5. Si 11.3 PIDE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS SHABILES 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

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

S.E.S.

S.E.S.