



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150673845

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Constantino

Nombre(s)

González

Apellido paterno

Ramírez

Apellido materno

2. CURP

G O R C 75 0 9 0 6 H S P N M N 0 6

Se ignora

○ 99

Hombre

○ 1

Mujer

○ 2

Se ignora

○ 9

3. SEXO

Hombr

○ 1

Mujer

○ 2

Se ignora

○ 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana

○ 1

Otra

○ 2

Se ignora

○ 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

○ 1

No

○ 2

Se ignora

○ 9

6. PESO

57

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

160

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

06

09

1975

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

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

○ 4

Separado(a)

○ 6

Divorciado(a)

○ 3

Viudo(a)

○ 2

Soltero(a)

○ 1

Casado(a)

○ 5

Se ignora

○ 9

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Calle 16 de septiembre num 41

11.1 Calle y número

Tampacán

11.2 Colonia

Ejido Xochiayo

11.3 Localidad

San Luis Potosí

11.4 Municipio o delegación

12. ESCOLARIDAD

Ninguna

○ 1

Primaria incompleta

○ 2

Secundaria incompleta

○ 4

Bachillerato o preparatoria incompleta

○ 11

Profesional

○ 7

Se ignora

○ 99

Preescolar

○ 12

Primaria completa

○ 3

Secundaria completa

○ 5

Bachillerato o preparatoria completa

○ 6

Posgrado

○ 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

Mesero

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

○ 1

ISSSTE

○ 3

SEDENA

○ 5

Seguro Popular

○ 7

Otra

○ 8

IMSS

○ 2

PEMEX

○ 4

SEMAR

○ 6

IMSS Oportunidades

○ 10

Se ignora

○ 99

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

○ 1

IMSS

○ 3

PEMEX

○ 5

SEDENA

○ 7

Unidad médica privada

○ 9

IMSS Oportunidades

○ 2

ISSSTE

○ 4

SEDENA

○ 6

Otra unidad pública

○ 8

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Carretera México Laredo km7 Fraccionamiento Oxitipa

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.)

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

{

a)

Falla orgánica múltiple

Debido a (o como consecuencia de)

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Debido a (o como consecuencia de)

Diabetes Mellitus tipo II

Debido a (o como consecuencia de)

}

b)

c)

d)

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

○ 1

El parto

○ 2

El puerperio

○ 3

43 días a 11 meses

○ 4

después del parto o aborto

○ 5

No estuvo embarazada en los

últimos 11 meses previos a la muerte

○ 6

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

○ 1

No

○ 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

○ 1

No

○ 2

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

○ 1

Homicidio

○ 2

Suicidio

○ 3

Se ignora

○ 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

○ 1

Vivienda particular

○ 0

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

○ 3

Área deportiva

○ 7

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

○ 6

Área industrial (taller, fábrica u oficina)

○ 8

Calle o carretera (vía pública)

○ 9

Granja (rancho o parcela)

○ 0

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 INF.

24. NOMBRE

Saturnino

González

Ramírez

Apellido paterno

Apellido materno

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

Hermano

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante

○ 1

Médico legista

○ 2

Otro médico

○ 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud

○ 4

Autoridad civil

○ 5

Otro

○ 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

2204221