



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

Modelo 2015

FOLIO

150673854

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Noel

Nombre(s)

antiago

santiago

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

S A S N 1 5 0 1 2 5 H S P N N L A 9 Se ignora 993. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana 1Otra 2Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

6. PESO 600 Kilogramos Gramos

7. TALLA 1.55 Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO 25.01.51 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 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 7924940 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

DEL FALLECIDO

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

Calle la vueltecita

11.1 Calle y número 11.2 Colonia

Aquismon

11.3 Localidad

Santa Rita

11.4 Municipio o delegación

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

Se ignora 9912. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación 2405080815

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9 Hosp General de VallesIMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 815.1 Nombre de la unidad médica Vía pública 10 Otro lugar 1215.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle mexico a laredo K, 7 Fracc, xitipa

16.1 Calle y número 16.2 Colonia

Ciudad Valles 16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01052015 14:00

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 1 No 2 Se ignora 919. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 1 No 2

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 mixto** 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

b) **Neumonía mesomílica** Debido a (o como consecuencia de)c) **Insuficiencia hepática aguda** Debido a (o como consecuencia de)d) **Hepatitis viral**

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 8 hrs

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

5 días

10 días

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 322.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 222.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 1 No 2

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

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 923.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 1 No 223.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 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 Flavio Santiago Miguel Padre

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

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

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 1569723 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE Fernando Vega Gonzalez 29. TELÉFONO 4813812256

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

30. DOMICILIO Carretera mexico a laredo Km 7 fracc pxitipa Cd. Valles SLP

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 01052015

Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Número Libro Número

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL 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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150673854

EL REG. CIVIL