



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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

150673968

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 PARTICULARS.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

150673968

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Pedro

Nombre(s)

Hornedo

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

Se ignora  99

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora  99

4. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra  02

Se ignora  09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No  02

Se ignora  09

6. PESO

74.000

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

1.62

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

18011940

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

75

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)

Principal S/n

11.1 Calle y número

C/1101

11.2 Colonia

La Subida

11.3 Localidad

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  99

13. OCUPACIÓN HABITUAL

Jornalero  02

Se ignora  99

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  99

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

Otra unidad pública  08

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública  10

Otro lugar  12

IMSS Oportunidades  02

ISSSTE  04

SEDENA  06

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar  11

Se ignora  99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Principal S/n

16.1 Calle y número

C/1101

16.2 Colonia

La Subida

16.3 Localidad

San Luis Potosí

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

01/10/52

2011

57

15:40

Horas

Minutos

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

Sí

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)

Prado en razon respiratoria 3 sec

Debido a (o como consecuencia de)

b)

Tuberculosis pulmonar.

Debido a (o como consecuencia de)

c)

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

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  01

43 días a 11 meses después del parto o aborto  04

El parto  02

El puerperio  03

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

Se ignora  99

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

Sí  01

No  02

Se ignora  99

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUÉ 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

Área industrial (taller, fábrica u obra)  06

Granja (rancho o parcela)  07

Otro  08

Área comercial o de servicios  05

Se ignora  09

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

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular  00

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)  01

Escuela u oficina pública  02

Calle o carretera (vía pública)  04

Área comercial o de servicios  05

Se ignora  09

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

DEL INF.

24. NOMBRE

Grogan

Nombre(s)

Hornedo

Apellido paterno

Ponzo

Apellido materno

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

afijo

NTE

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante  01

Médico legista  02

Otro médico  03

Persona autorizada por la Secretaría de Salud  04

Autoridad civil  05

Otro  08

Se ignora  09

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

1773288