



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

Modelo 2015
FOLIO

150674018

EN IÑEQUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Lanacio Hernández Flores Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP HEFI740311HSPRLIG07 Se ignora ☐ 99		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9
6. PESO 54.000 Kilogramos Gramos		7. TALLA 1.64 Metros Centímetros
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: 41 Años cumplidos Se ignora ☐ 9		8. FECHA DE NACIMIENTO 11/03/1974 Día Mes Año
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) Alvaro Obregón No. 12 11.1 Calle y número 11.2 Colonia Tampacán 11.3 Localidad Totomoxtla 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) San Luis Potosí		
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 Sonadero Se ignora ☐ 99
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		13.1 Trabajaba Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8		14.1 Número de seguridad social o afiliación: 2411018411
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Alvaro Obregón No. 12 16.1 Calle y número 16.2 Colonia Tampacán 16.3 Localidad Totomoxtla 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa San Luis Potosí		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 29/06/2015 02:00 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9
19. ¿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, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Paro Respiratorio Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por Jirovecchi Debido a (o como consecuencia de) c) Virus de Inmunodeficiencia Humana positivo Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE 20 min 15 días 4 años		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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 después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		
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? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 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 Lpdr Hernández Flores Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano		
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 2835028 Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Olivera de la Cruz Ramírez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO 4831001479
30. DOMICILIO Privada Morelos No 102 Ba. San Rafael, Tamazunchale SP		31. FIRMA [Firma]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 01/07/2015 Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 00037		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tampacán 34.2 Municipio o delegación Tampacán 34.3 Entidad federativa S.L.P. 34.4 Día Mes Año 24/01/07/2015

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE DEMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD