



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

Modelo 2015

FOLIO

150674037

 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.

ESTADO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno		
		Cristina		González		Hernández		
DEL FALLECIDO		2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD		
		GOHC750726MSPN2R03		Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input checked="" type="radio"/> 2	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	
		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		
		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Kilogramos	Gramos	Metros	Centímetros
		8. FECHA DE NACIMIENTO		9. EDAD		10. ESTADO CONYUGAL		
		26 07 1975		CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	
		11. RESIDENCIA HABITUAL		11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Las Fuentes s/n	Xerica	San Luis Potosí	Nayarit	
		12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL				
		Ninguna <input type="radio"/> 1	Primaria incompleta <input type="radio"/> 2	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4	Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11	Profesional <input type="radio"/> 7	Se ignora <input type="radio"/> 99	
		Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria completa <input type="radio"/> 3	Secundaria completa <input type="radio"/> 5	Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	
DE LA DEFUNCIÓN		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación				
		Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8		
		IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99		
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	Vía pública <input type="radio"/> 10	
		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Otro lugar <input type="radio"/> 12	
		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad		16.5 Entidad federativa		
		Las Fuentes s/n		Xerica		San Luis Potosí		
		16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.3 Localidad	16.5 Entidad federativa			
		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
		06 01 2015	04:30	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	Sí <input type="radio"/> 1	
		Día	Mes	Año	Horas	Minutos	No <input type="radio"/> 2	
DEL INF.		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador		
		a) <i>Estatus epilepticus</i> Debido a (o como consecuencia de)	35 años					
		b) <i>Talgata</i> Debido a (o como consecuencia de)						
		c) Debido a (o como consecuencia de)						
		d) Debido a (o como consecuencia de)						
DEL CERTIFICANTE		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
DEL REG. CIVIL		23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Situación donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
		23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6			
		Homicidio <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7			
		Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 8		
		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 REG. CIVIL		24. NOMBRE		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
		Anabel	González	García		Padre		
DEL CERTIFICANTE		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
		Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico <input type="radio"/> 3	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil <input type="radio"/> 5	Otro <input type="radio"/> 8	
		En trámite		Número de la cédula profesional				
DEL REG. CIVIL		28. NOMBRE		29. TELÉFONO				
		José Joel	Vargas	Ramírez				
DEL REG. CIVIL		30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
		Carretera San Juan del Río	Xerica km 27.7			22 01 2015		
		Núm. 1, Libro Núm. 5		Xilitla		Día 22	Mes 01	
		33.1 Acta Núm. 16		34.1 Localidad		34.3 Entidad federativa		
				34.2 Municipio o delegación		34.4 Día	Mes	
							Año	

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

150674037