



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

Modelo 2015

FOLIO

150674051

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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARS.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	CRISPINO GASPAR		HERNANDEZ		
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno		
2. CURP		Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO 1040.008 Kilogramos	7. TALLA 1.60 Metros	8. FECHA DE NACIMIENTO 30101978		
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 <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99				
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	NETZAHUALCOYOTL TULNEPANTLA 0102				
11.1 Calle y número	11.2 Colonia	11.3 Localidad			
TAMAZUNCHALE	037	SAN LUIS POTOSI 24			
11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" 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	13. OCUPACIÓN HABITUAL CAMPEÑINO <input type="radio"/> 1 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	13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99				
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Número de seguridad social o afiliación				
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					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 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	15.1 Nombre de la unidad médica				
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN NETZAHUALCOYOTL TULNEPANTLA 0102	16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.3 Localidad		
TAMAZUNCHALE	16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02032015 01:15	Día	Mes	Año	Horas	Minutos
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2				
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
a) <u>BRONCOPNEUMONIA</u> Debido a (o como consecuencia de)	15/01/45				
b) <u>SINDROME DE ENFERMEDAD PELIGROSA ADQUIRIDA</u> Debido a (o como consecuencia de)	6 años				
c) <u>DES NUTRICIÓN CRÓNICA</u> 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					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	Uso exclusivo del personal codificador				
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El puerperio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
El parto <input type="radio"/> 2	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		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6				
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 8	
		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9	
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		
				23.7.5 Entidad federativa	
23.7.4 Municipio o delegación					
24. NOMBRE LEO CARLOS GASPAR	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hernández				
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO				
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico <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 Otra <input type="radio"/> 6					
TE	Número de la cédula profesional				

150674051



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

Modelo 2015

FOLIO

150674051

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

CRISPINO

Nombre(s)

GASPAR

Apellido paterno

HERNANDEZ

Apellido materno

2. CURP

				Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 01	Mujer <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD
Sí <input checked="" type="checkbox"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO			

SI <input checked="" type="checkbox"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO
				Kilogramos	Gramos	Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Se ignora <input type="radio"/> 99
	Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos	

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

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre <input type="radio"/> 04	Separado(a) <input type="radio"/> 06	Divorciado(a) <input type="radio"/> 08	Viudo(a) <input type="radio"/> 02	Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> 01	Casado(a) <input type="radio"/> 05	Se ignora <input type="radio"/> 99
---	--------------------------------------	--	-----------------------------------	---	------------------------------------	------------------------------------

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

11.1 Calle y número	NETZAHUALCOYOTL	11.2 Colonia	TULANCINTLA	11.3 Localidad	0102
11.4 Municipio o delegación	TAMAULIPAS	037	SAN LUIS POTOSI	24	

12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01	Primaria incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 02	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04	Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11	Profesional <input type="radio"/> 07	Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL	CAMPESINO	Se ignora <input type="radio"/> 99
	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria completa <input type="radio"/> 03	Secundaria completa <input type="radio"/> 05	Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06	Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 01	ISSSTE <input type="radio"/> 03	SEDENA <input type="radio"/> 05	Seguro Popular <input type="radio"/> 07	Otra <input type="radio"/> 08	14.1 Número de seguridad social o afiliación
	IMSS <input type="radio"/> 02	PEMEX <input type="radio"/> 04	SEMAR <input type="radio"/> 06	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01	IMSS <input type="radio"/> 03	PEMEX <input type="radio"/> 05	SEMAR <input type="radio"/> 07	Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	15.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12
	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input checked="" type="checkbox"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	16.1 Calle y número	NETZAHUALCOYOTL	16.2 Colonia	TULANCINTLA	16.3 Localidad	0102
	TAMAULIPAS	16.4 Municipio o delegación	037	SAN LUIS POTOSI	24	

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
02032015 01:15 Dia Mes Año Horas Minutos	Sí <input checked="" type="checkbox"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="checkbox"/> 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	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
	Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	

a) BRONCONGÜMONIA Debido a (o como consecuencia de)	b) SÍNDROME DE INMUNODEPILIGACIÓN ADQUIRIDA Debido a (o como consecuencia de)	c) DES NUTRICIÓN CRÓNICA Debido a (o como consecuencia de)	d)
---	---	--	----

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?	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 01	El puerperio <input type="radio"/> 03	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02

43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	
--	---	--

23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión.	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 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
--

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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARS.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS