



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

Modelo 2015
FOLIO

150674106

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) DOROTEA AURELIA SANTIAGO DE LOS SANTOS		
	2. CURP DOROTEA AURELIA SANTIAGO DE LOS SANTOS		3. SEXO Hombre ☐ 99 Mujer ☒ 2
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 81 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ 1 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09
	6. PESO 70.000 Kilogramos Gramos		7. TALLA 1.60 Metros Centímetros
DEL FALLECIDO	8. FECHA DE NACIMIENTO 09/09/1939 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 075 Se ignora ☐ 09
	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) 11.1 Calle y número TAMAZUNCHALE 11.2 Colonia SAN SEBASTIAN 11.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 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 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL AMA DE CASA Se ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba: Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09
	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
DE LA DEFUNCIÓN	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08		15.1 Nombre de la unidad médica Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número TAMAZUNCHALE 16.2 Colonia SAN SEBASTIAN 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28/01/2015 09:40 Día Mes Año Horas Minutos
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de) b) ENFERMEDAD METASTÁSICA MAMARIA Debido a (o como consecuencia de) c) CÁNCER DE MAMA 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 morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 20 días Uso exclusivo del personal codificador Código CIE I A20 I A20
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 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
	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
	23. SI LA MUERTE FUE 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 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 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 HERIBERTO MONTE SANTIAGO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija
	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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6581751 Número de la cédula profesional
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Jose Luis Peña Cervantes Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO
	30. DOMICILIO Tamazunchale S.L.P.		31. FIRMA
DEL REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28/01/2015 Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año		35. FECHA DE DEFUNCIÓN

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*