



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

150674136

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 PARTICULARLES.

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA DEL INF. DEL CERTIFICANTE DEL REG. CIVIL	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Juana Hernandez Hernandez			
	2. CURP HEHJ690801MSPRPNOS			
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO 45.000	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Kilogramos Gramos	
	7. TALLA 1.60		8. FECHA DE NACIMIENTO 01081969	
	Metros Centímetros		Día Mes Año	
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos		Para menores de un día _____ Horas	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) San Juanito S/N San Juanito Tamazunchale		11.2 Colonia San Francisco San Luis Potosí	
	11.3 Localidad San Francisco San Luis Potosí		11.4 Municipio o delegación Arinal	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2402128051-1		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>		15.1 Nombre de la unidad médica Vía pública		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Tamazunchale		16.2 Colonia San Francisco San Luis Potosí		
16.4 Municipio o delegación Arinal		16.3 Localidad San Luis Potosí		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02012015 04:30		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
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 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		a) Infarto Agudo Miocardio. Debido a (o como consecuencia de) b) Derequilibrio Hidroelectrolítico Debido a (o como consecuencia de) c) Desnutrición Graves Debido a (o como consecuencia de) d) Candida Oral Debido a (o como consecuencia de) Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Hipertensión Arterial		
		3 Semanas 3 Semanas 3 Semanas 2 años		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)?		
23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/>		23.4 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
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 23.7.5 Entidad federativa				
24. NOMBRE Carmelo Moran Hernandez		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 746799		
28. NOMBRE Hiram Rodriguez Vazquez		29. TELÉFONO 833 2399402		
30. DOMICILIO Col. B. Jan Juanito San Francisco Tamazunchale S.L.P.		31. FIRMA Hiram Rodriguez Vazquez		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13012015		
33.1 Acta Núm. 24		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tamazunchale		
		34.2 Municipio o delegación S.L.P.		
		34.3 Entidad federativa 14012015		
		34.4 Día Mes Año		

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