



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

Modelo 2015

FOLIO

150674226

ENTREGUE 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

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ROMANA CASTILLO ONTIVEROS		
2. CURP CAOR660417MSPSNM07		
3. SEXO Hombre ☐ 99 Mujer ☒ 2		
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
6. PESO 46.500 Kilogramos Gramos		
7. TALLA 1.50 Metros Centímetros		
8. FECHA DE NACIMIENTO 17/04/1966		
9. EDAD CUMPLIDA 49 Años cumplidos		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Vuelto(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☒ 5 Se ignora ☐ 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número: C LIBERTAD 5 11.2 Colonia: LOC IXTEAMEL 11.3 Localidad: IXTEAMEL 11.4 Municipio o delegación: TAMAZUNCHALE 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): S.L.P.		
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 ama de casa ☐ 99 13.1 Trabajaba: Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
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		
14.1 Número de seguridad social o afiliación: SAOS681002/30		
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		
15.1 Nombre de la unidad médica: ISSSTE TAMAZUNCHALE		
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 152		
15.3 Localidad: ZACATIPAN		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: CARRETERA TAMAZUNCHALE SAN MARTIN KM.5 16.2 Colonia: TAMAZUNCHALE 16.3 Localidad: S.L.P. 16.4 Municipio o delegación: TAMAZUNCHALE 16.5 Entidad federativa: S.L.P.		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/07/2015 23:40		
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 (Anotar 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) ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA Debido a (o como consecuencia de) b) DESNUTRICIÓN SEVERA Debido a (o como consecuencia de) c) CIRROSIS HEPÁTICA Debido a (o como consecuencia de) d) HEPATOCARCINOMA PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: INSUFICIENCIA CARDÍACA		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 1año, 1 mes, 2años, 2años		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 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: Accidental ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 2 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Área comercial o de servicios ☐ 5 Otro ☐ 8 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 SANTIAGO OSORIA SANTOS Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ESPOSO		
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 7049363		
28. NOMBRE DRA. BRENDA ROCIO LOPEZ ZAVALA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO 4831007455		
30. DOMICILIO PRIVADA PEMEX NUM 8 BA. SAN RAFAEL TAMAZUNCHALE SLP		
31. FIRMA		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/07/2015		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: Tamazunchale		

150674226