



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

Modelo 2015

FOLIO

150674256

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.

150674256

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>MARGARITA</u> Apellido paterno <u>MARTINEZ</u> Apellido materno <u>CRUZ</u>		
	2. CURP <u>MACMB10610MSPRR08</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	6. PESO <u>58</u> Kilogramos <u>00</u> Gramos		7. TALLA <u>1</u> Metros <u>50</u> Centímetros
DEL FALLECIDO	8. FECHA DE NACIMIENTO <u>10</u> Día <u>06</u> Mes <u>19</u> Año <u>61</u>		
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>00</u> Minutos Para menores de un día: <u>00</u> Horas Para menores de un mes: <u>00</u> Días Para menores de un año: <u>00</u> Meses Para personas de un año o más: <u>53</u> Años cumplidos		
	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 type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>CERRO QUEBRADO SIN</u> 11.2 Colonia <u>XILITLA</u> 11.3 Localidad <u>CERRO QUEBRADO</u> 11.4 Municipio o delegación <u>XILITLA</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
DEL FALLECIDO	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 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. OCUPACIÓN HABITUAL <u>HOJAR</u> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input 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 checked="" type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	14.1 Número de seguridad social o afiliación		
DE LA DEFUNCIÓN	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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		
	15.1 Nombre de la unidad médica		
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
	15.3 Lugar <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>CERRO QUEBRADO SIN</u> 16.2 Colonia <u>XILITLA</u> 16.3 Localidad <u>MEXICO S.L.P.</u> 16.4 Municipio o delegación <u>XILITLA</u> 16.5 Entidad federativa		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>23</u> Día <u>01</u> Mes <u>20</u> Año <u>15</u> <u>21</u> Horas <u>00</u> Minutos		
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) <u>PARO CARDIORESPIRATORIO</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>CÁNCER DE MAMA</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u></u> 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 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE <u>15 MINUTOS</u> <u>3 AÑOS</u>		
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
	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="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 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 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 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 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
	24. NOMBRE Nombre(s) <u>SAVOS</u> Apellido paterno <u>CASTAÑAL</u> Apellido materno <u>HERNANDEZ</u>		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>PARERA</u>		
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" 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		
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>5647003</u> Número de la cédula profesional		
	28. NOMBRE Nombre(s) <u>EZEQUIEL</u> Apellido paterno <u>LOPEZ</u> Apellido materno <u>NARELLO</u>		
	29. TELÉFONO		
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO <u>CALLE MAGNOLIAS SIN</u> <u>XILITLA SAN LUIS POTOSÍ</u>		
	31. FIRMA <u>[Firma]</u>		
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29</u> Día <u>01</u> Mes <u>20</u> Año <u>15</u>		
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>1</u> , Libro Núm. <u>5</u> 33.1 Acta Núm. <u>20</u>		
DEL REG. CIVIL	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>Xilitla</u> 34.2 Municipio o delegación <u>Xilitla</u> 34.3 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 34.4 Día <u>29</u> Mes <u>01</u> Año <u>2015</u>		

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