



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

Modelo 2015
FOLIO

150674256

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} 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 PARTICULARES.

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
margalita martinez CRUZ		
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP		
MACM610610MSPRRR08		
3. SEXO		
Se ignora <input type="radio"/> 1 Hombre <input checked="" type="radio"/> 2 Mujer <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4		
4. NACIONALIDAD		
Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		
6. PESO		
58 Kilogramos Gramos		
7. TALLA		
1.50 Metros Centímetros		
8. FECHA DE NACIMIENTO		
10061961		
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		
10. ESTADO CONYUGAL		
En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 4 Soltero(a) <input type="radio"/> 5 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 7		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		
cello quebrado SIN		
11.1 Calle y número		
XILITLA		
11.2 Colonia		
11.3 Localidad		
cello quebrado		
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"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 6		
Preescolar <input type="radio"/> 7 Primaria completa <input type="radio"/> 8 Secundaria completa <input type="radio"/> 9 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 10 Posgrado <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 12		
13. OCUPACIÓN HABITUAL		
Hogar <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 Seguro Popular <input type="radio"/> 4 Otra <input type="radio"/> 5		
IMSS <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEMAR <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10		
14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 5 Unidad médica privada <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 7		
15.1 Nombre de la unidad médica		
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		
cello quebrado SIN		
16.1 Calle y número		
XILITLA		
16.2 Colonia		
16.3 Localidad		
MEXICO S.L.P.		
16.4 Municipio o delegación		
16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		
23012015 21:00		
Día Mes Año Horas 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"/> 3		
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.)		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
a) PARO CARDIO RESPIRATORIO Debido a (o como consecuencia de)		
b) CANCER DE MAMA Debido a (o como consecuencia de)		
c) Debido a (o como consecuencia de)		
d) 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		
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 <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		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
22.4 Uso exclusivo del personal codificador		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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"/> 4		
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 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		
EZQUIEL LÓPEZ NUÑO		
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
pareja		
26. CERTIFICADA POR		
Médico <input type="radio"/> 1 Médico <input type="radio"/> 2 Otro <input checked="" type="radio"/> 3 Personas 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		
5647003		
Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE		
EZQUEL LÓPEZ NUÑO		
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO		
Calle maderos SIN XILITLA San Luis Potosí		
31. FIRMA		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
29012015		
Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		
Núm. 1 Libro Núm. 5		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		
34.1 Localidad		
XILITLA		
34.2 Municipio o delegación		
34.3 Entidad federativa		
34.4 Día Mes Año		
33.1 Acta Núm. 20		

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

150674256