



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

Modelo 2015

FOLIO

150676219

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Mayavita		Antonio		Morales	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP		A01MM8711103MSPNRR04		Se ignora 09		3. SEXO	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		SI 01 No 02 Se ignora 09		6. PESO		7. TALLA	
SI 01 No 02 Se ignora 09		080.000 Kilogramos		1.55 Metros		8. FECHA DE NACIMIENTO	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
11. RESIDENCIA HABITUAL		11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
12. ESCOLARIDAD		12.1 Primaria incompleta		12.2 Secundaria incompleta		12.3 Bachillerato o preparatoria incompleta	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08		14.2 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 10		14.3 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Vía pública 01 Otro lugar 02 Hogar 03 Se ignora 09	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Carrera a San Martín Km 3		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17.1 26042015		17.2 06:50		17.3 San Luis Potosí	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		SI 01 No 02 Se ignora 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		SI 01 No 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir ejemplo: paro cardíaco, síncope, etc.)		20.1 Enfermedad vascular cerebral		20.2		20.3	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 El embarazo 01		21.2 El parto 02		21.3 No	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.1 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05		22.2 No		22.3 No	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto accidente 01		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo 01		23.3 Sí	
24. NOMBRE		Juan Arellano		Antonio		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
26. CERTIFICADA POR		26.1 Médico tratante 01		26.2 Médico legista 02		26.3 Otro médico 03	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27.1 6840818		27.2 Número de la cédula profesional		27.3	
28. NOMBRE		28.1 Carlos Hernández		28.2 Apellido paterno		28.3 Apellido materno	
29. TELÉFONO		29.1 4833620397		30. DOMICILIO		30.1 Carrera a San Martín Km 3	
31. FIRMA		31.1		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		32.1 26042015	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO		33.1 Número 01, Libro Número 05, Acta Número 196		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.2 Tamaranchale	
34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Día 28 Mes Junio Año 2015	

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