



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR I.EA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150676259

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DE LA DEFUNCIÓN | | DETALLES DEL FALLECIDO | | | | | | | | | |
| | | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MOISES MORALES ANTONIO Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 2. CURP M0AM110922HSPRNSA1 Se ignora O ₉₉ 3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora O ₉ 4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora O ₉ 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora O ₉ 6. PESO 112.600 Kilogramos Gramos 7. TALLA 0.85 Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO 22092011 Dia Mes Año 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 03 Se ignora O ₉ 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 type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora O ₉ 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Cuajapa Taman 11.1 Calle y número centro # 28 11.2 Colonia Tamazunchale 11.3 Localidad San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 1037 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 124 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 O ₉₉ 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"/> O ₁₀ 13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora O ₉ 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"/> O ₈ IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora O ₉₉ 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____ 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora O ₉₉ 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN centro # 28 16.1 Calle y número Tamazunchale 16.2 Colonia 1037 16.3 Localidad Cuajapa Taman 16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa 124 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19052015 102:00 17.1 Dia 19 17.2 Mes 05 17.3 Año 2015 17.4 Horas 102 17.5 Minutos 00 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora O ₉ 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 a) Broncoaspiración Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Neumonía Debido a (o como consecuencia de) c) Cardiopatía aciogena Debido a (o como consecuencia de) d) Síndrome de Down PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo 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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <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"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 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 _____ 23.8.1 Domicilio _____ 23.8.2 Localidad _____ 23.8.3 Municipio o delegación _____ 23.8.4 Entidad federativa _____ 24. NOMBRE Dionilia Antonio Morales Apellido materno Madre Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) 26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Personas autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2649531 Número de la cédula profesional 28. NOMBRE Cristina Martínez Bonilla Apellido materno Apellido paterno Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 29. TELÉFONO 4831043448 30. DOMICILIO Calle 16 de Septiembre # 173 Ixtlapalaco, Tamazunchale 31. FIRMA _____ 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 211052015 Día Mes Año 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Cuajapa Taman 34.2 Municipio o delegación S-L-P 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año 221052015 33.1 Acta Núm. 240 | | | | | | | | | |

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