



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

Modelo 2015  
FOLIO

150676329

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN  
LOS DATOS PER- ALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRAN- AGENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL  
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Efraín Nombre(s) Estalla Apellido paterno Hernandez Apellido materno		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
2. CURP E E H E 7 3 1 0 6 0 9 H S R F 1 0 7		6. PESO 40.10 Kilogramos		7. TALLA 1.71 Metros	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/>		8. FECHA DE NACIMIENTO 10/06/1973		9. EDAD CUMPLIDA 34 años	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/>		11. RESIDENCIA HABITUAL Barrio La Garita	
11.1 Calle y número Atla de Tenezas		11.2 Colonia San Luis Potosí		11.3 Localidad San Luis Potosí	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12.1 Trabaja No <input checked="" type="radio"/>		13.1 Ocupación habitual Vendedor		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2410932965-1	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS <input checked="" type="radio"/>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Localidad		15.4 Entidad federativa	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Barrio La Garita		16.1 Calle y número		16.2 Colonia	
16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/09/2015 13:50		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No <input checked="" type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No <input checked="" type="radio"/>	

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) Insuficiencia Renal Aguda		Código CIE	
b) Insuficiencia Hepática Antifémica		Código CIE	
c) Neumonía Aguda en la comunidad		Código CIE	
d) Intoxicación Pulmonar		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El embarazo <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No <input checked="" type="radio"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? No <input checked="" type="radio"/>		23.1 FUE UN PRESUNTO Accidente <input type="radio"/>	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? No <input checked="" type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/>	
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 Belina	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR Médico <input type="radio"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO En trámite		28. NOMBRE Oscar	
29. TELÉFONO 833 245 15 44		30. DOMICILIO Unidad Médica Rural No. 160 La Ceiba	
31. FIRMA (Firma)		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/09/2015	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 01 05		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Hidalgo y 5 de mayo altos 5/W	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

150676329