



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

Modelo 2015

FOLIO

150676383

|  |  |
|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Nombre(s) <b>MARTHA</b> Apellido paterno <b>HERNANDEZ</b> Apellido materno <b>HERNANDEZ</b>  |  |
| 2. CURP<br><b>H E M M T 7 1 0 2 7 M P R R R O 9</b> Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 4. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 6. PESO<br><b>26</b> Kilogramos <b>000</b> Gramos  |  |
| 7. TALLA<br>Metros Centímetros   |  |
| 8. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>27</b> Día <b>10</b> Mes <b>19</b> Año <b>77</b>  |  |
| 9. EDAD CUMPLIDA<br>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 <b>037</b> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:   |  |
| 10. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)<br>11.1 Calle y número <b>LA CEIBA # 18</b> 11.2 Colonia <b>PAHUAYO</b> 11.3 Localidad <b>CUAQUENTLA</b><br>11.4 Municipio o delegación <b>MATLAPA</b> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>   |  |
| 12. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>  |  |
| 13. OCUPACIÓN HABITUAL<br>13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> <b>LADRES DEL HOGAR</b>  |  |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2410854952</b>   |  |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa  |  |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>16.1 Calle y número <b>LA CEIBA # 18</b> 16.2 Colonia <b>PAHUAYO</b> 16.3 Localidad <b>CUAQUENTLA</b><br>16.4 Municipio o delegación <b>MATLAPA</b> 16.5 Entidad federativa <b>SAN LUIS POTOSÍ</b>   |  |
| 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br>Día <b>12</b> Mes <b>06</b> Año <b>2015</b> Horas <b>04</b> Minutos <b>00</b>  |  |
| 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>   |  |
| 19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>  |  |
| 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <b>INFARTO AGUDO AL M-OCARDIO</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <b>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <b>TUBERCULOSIS PULMONAR</b><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <b>OTROS</b><br>PARTE II<br>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<br>Código CIE <b>A162</b>  |  |
| 22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años<br>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?   |  |
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>23.1 Fue un presunto<br>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>23.4 Descripción de la lesión<br>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión<br>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión<br>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<br>Nombre(s) <b>MARTHA</b> Apellido paterno <b>HERNANDEZ</b> Apellido materno <b>HERNANDEZ</b>  |  |
| 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><b>HERMANO</b>   |  |
| 26. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>  |  |
| 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Número de la cédula profesional <b>3830168</b>   |  |
| 28. NOMBRE<br>Nombre(s) <b>EVA GARRA</b> Apellido paterno <b>VALDEZ</b> Apellido materno <b>TADRO</b>  |  |
| 29. TELÉFONO<br><b>483-364-0248</b>  |  |
| 30. DOMICILIO<br><b>FRANCISCO MADERO / CARRETERA MEX-CC H LAREDO, CENTRO, MATLAPA, S.L.P.</b>  |  |
| 31. FIRMA<br><b>[Firma]</b>  |  |
| 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br>Día <b>05</b> Mes <b>06</b> Año <b>2015</b>  |  |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO  |  |
| 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>34.1 Localidad  |  |

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN  
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

150676383