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

Modelo 2015
FOLIO 263
15067667U

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO 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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

15067667U

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Nombre(s): Leopoldo — Apellido paterno: Azcona — Apellido materno: Cruz

2. CURP: Se ignora ○ 99

3. SEXO: Hombre ☒ 1 — Mujer ○ 2 — Se ignora ○ 9

4. NACIONALIDAD: Mexicana ☒ 1 — Otra ○ 2 — Se ignora ○ 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ○ 1 — No ○ 2 — Se ignora ○ 9

6. PESO: 50 . 000 Kilogramos Gramos

7. TALLA: 1 . 60 Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: 16 Día 06 Mes 2 Año 015

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: 27 Años cumplidos — Se ignora ○ 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre ○ 4 — Separado(a) ○ 6 — Divorciado(a) ○ 3 — Viudo(a) ○ 2 — Soltero(a) ☒ 1 — Casado(a) ○ 5 — Se ignora ○ 9

11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
11.1 Calle y número: Cuauhtemoc 18
11.2 Colonia: Barrio la Libertad
11.3 Localidad: Axtla de Terrazas
11.4 Municipio o delegación: Axtla de Terrazas
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): San Luis Potosí

12. ESCOLARIDAD: Ninguna ○ 1 — Primaria incompleta ○ 2 — Secundaria incompleta ○ 4 — Bachillerato o preparatoria incompleta ☒ 11 — Profesional ○ 7 — Se ignora ○ 99 — Preescolar ○ 12 — Primaria completa ○ 3 — Secundaria completa ○ 5 — Bachillerato o preparatoria completa ○ 6 — Posgrado ○ 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL: Estilista — Se ignora ○ 99
13.1 Trabajaba: Sí ☒ 1 — No ○ 2 — Se ignora ○ 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ 1 — ISSSTE ○ 3 — SEDENA ○ 5 — Seguro Popular ☒ 7 — Otra ○ 8 — IMSS ○ 2 — PEMEX ○ 4 — SEMAR ○ 6 — IMSS Oportunidades ○ 10 — Se ignora ○ 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación: 2415154317-1

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ☒ 1 — IMSS ○ 3 — PEMEX ○ 5 — SEMAR ○ 7 — Unidad médica privada ○ 9 — IMSS Oportunidades ○ 2 — ISSSTE ○ 4 — SEDENA ○ 6 — Otra unidad pública ○ 8 — Vía pública ○ 10 — Otro lugar ○ 12 — Hogar ○ 11 — Se ignora ○ 99
15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número: Carr.Mex.Laredo Km7
16.2 Colonia: Fracc.Oxitipa
16.3 Localidad: Ciudad Valles
16.4 Municipio o delegación: Ciudad Valles
16.5 Entidad federativa: San Luis Potosi

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 14 Día 06 Mes 20 Año 15 Hora 11 : 30 Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 — No ○ 2 — Se ignora ○ 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ○ 1 — No ○ 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: el ataque: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Meningitis
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) Sindrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador — Código CIE

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso 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 ○ 1 — El parto ○ 2 — El puerperio ○ 3 — 43 días a 11 meses después del parto o aborto ○ 4 — No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ○ 5
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 — No ○ 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ○ 1 — No ○ 2

Uso exclusivo del personal codificador
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN — Código CIE

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un presunto: Accidente ○ 1 — Homicidio ○ 2 — Suicidio ○ 3 — Se ignora ○ 9
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ○ 1 — No ○ 2 — Se ignora ○ 9
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ○ 0 — Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 — Escuela u oficina pública ○ 2 — Área deportiva ○ 3 — Calle o carretera (vía pública) ○ 4 — Área comercial o de servicios ○ 5 — Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 — Granja (rancho o parcela) ○ 7 — Otro ○ 8 — Se ignora ○ 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

DEL INF.

24. NOMBRE: Nombre(s): Margarita — Apellido paterno: Azcona — Apellido materno: Cruz

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Hermana

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ○ 1 — Médico legista ○ 2 — Otro médico ☒ 3 — Persona autorizada por la Secretaría de Salud ○ 4 — Autoridad civil ○ 5 — Otro ○ 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: 2264227

28. NOMBRE: Nombre(s): Jose Ruben — Apellido paterno: Granados — Apellido materno: Trinidad

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO: Carretera Mexico Laredo Km7, Fraccionamiento Oxitipa, ciudad San Luis Potosi

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 14 Día 06 Mes 2015 Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad

Distribución gratuita