



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

Modelo 2015

FOLIO

150676674

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

JUAN

PAZ

GASPAR

2. CURP

P 4 G S J N 5 4 0 6 1 2 2 4 H 2 0 0

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

7 0

Gramos

7. TALLA

1 6 5

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

0 4

0 8

1 9

5 4

Día

Mes

Año

9. EDAD

CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

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)

reforma #12

Barrio Las Lomas

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

ciudad valles

san luis potosi

11.3 Localidad

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

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

Se ignora ☐ 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL

albañil

Se ignora ☐ 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐ 1

ISSSTE ☐ 3

SEDENA ☐ 5

Seguro Popular ☒ 7

Otra ☐ 8

Se ignora ☐ 99

IMSS ☐ 2

PEMEX ☐ 4

SEMAR ☐ 6

IMSS Oportunidades ☐ 10

Se ignora ☐ 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2415015914

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☒ 1

IMSS ☐ 3

PEMEX ☐ 5

SEMAR ☐ 7

Unidad médica privada ☐ 9

Hospital general cd.valles

IMSS Oportunidades ☐ 2

ISSSTE ☐ 4

SEDENA ☐ 6

Otra unidad pública ☐ 8

15.1 Nombre de la unidad médica

Via pública ☐ 10

Otro lugar ☐ 12

IMSS Oportunidades ☐ 2

ISSSTE ☐ 4

SEDENA ☐ 6

Otra unidad pública ☐ 8

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar ☐ 11

Se ignora ☐ 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

carr mexico laredo km7 fracc. exitipa

ciudad valles

16.2 Colonia

16.3 Localidad

san luis potosi

16.5 Entidad federativa

16.4 Municipio o delegación

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

1 9 0 6

2 0

1 5

0 5

2 0

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí ☒ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?

Sí ☐ 1

No ☒ 2

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

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) Encefalopatía Mixta

Debido a (o como consecuencia de)

b) Tuberculosis Pulmonar

Debido a (o como consecuencia de)

c) Neumonía Adquirida en la comunidad

Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

hepatopatía crónica sec. a etilismo

desnutrición proteico calórica

indeter

indeter

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

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

Área deportiva ☐ 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1

Calle o carretera (vía pública) ☐ 4

Escuela u oficina pública ☐ 2

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

24. NOMBRE

Maria Guadalupe

Maya

Segura

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

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

esposa

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

1193496

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

Raul

Vega

Gonzalez

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO

carr mexico laredo km 7 fracc.

exitipa, cd.valles, s.l.p.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

1 9

0 6

2 0

1 5

Día

Mes

Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150676674