



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

Modelo 2015
FOLIO

150676740

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

RN

Nombre(s)

Torres

Apellido paterno

Bautista

Apellido materno

2. CURP

Se ignora 99

3. SEXO

Hombre 01Mujer 02Se ignora 09

4. NACIONALIDAD

Mexicana 01Otra 02Se ignora 09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 01No 02Se ignora 09

6. PESO

Kilogramos

Gramos

8.000

7. TALLA

Metros

.510

Centímetros

Día

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

Se ignora 09

8

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 04Separado(a) 06Divorciado(a) 03Viudo(a) 02Soltero(a) 01Casado(a) 05Se ignora 09

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

La Pedrera s/n

Huehuetlan

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

SLP

11.4 Municipio o delegación

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

Se ignora 09

12. ESCOLARIDAD

Ninguna 01Primaria incompleta 02Secundaria incompleta 04Bachillerato o preparatoria incompleta 11Profesional 07Se ignora 09Preescolar 12Primaria completa 03Secundaria completa 05Bachillerato o preparatoria completa 06Posgrado 10Se ignora 09

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba 01No 02Se ignora 09

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 01ISSSTE 03SEDENA 05Seguro Popular 07Otra 08IMSS 02PEMEX 04SEMAR 06IMSS Oportunidades 10Se ignora 09

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 01IMSS 03PEMEX 05SEMAR 07Unidad médica privada 09

Hosp. Gral Cd. Valles

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10Otro lugar 12Hogar 11Se ignora 09

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Calletera México-Laredo km 7

Frac. Oxitipa

Cd. Valles

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

SLP

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

15 10 82 01 51 13 : 15

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

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

Sí 01No 02Se ignora 09

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 01No 02

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

Cardiopatía Congénita Cianosis

Encefalocistis Frontal

Mielomeningocele Roto

Labio y Paladar Hendido

Hipoxia Perinatal leve

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) Debe a (o como consecuencia de)

b) Debe a (o como consecuencia de)

c) Debe a (o como consecuencia de)

d) Debe a (o como consecuencia de)

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

El embarazo 01El parto 02El puerperio 03No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05Sí 01No 02

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 01El parto 02El puerperio 03

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí 01No 02

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí 01No 02

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente 01Homicidio 02Suicidio 03Se ignora 09

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí 01No 02

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 00Área deportiva 03Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01Calle o carretera (vía pública) 04Escuela u oficina pública 02Área comercial o de servicios 05Se ignora 09

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

Área industrial (taller, fábrica u oficina) 06Granja (rancho o parcela) 07Otro 08

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

Andrea Torres

Apellido paterno

Apellido materno

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

Ricardo

Apellido materno

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante 01Médico legista 02Otro médico 03Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04Autoridad civil 05Otro 08

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

6442621

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

Brenda Teresa

Apellido paterno

Apellido materno

29. TELÉFONO

481 38 28170

30. DOMICILIO

Carretera México-Laredo km 7

Frac. Oxitipa Cd. Valles

SLP

31. FIRMA

M. J. Ruiz

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

15 10 82 01 15

Día

Mes

Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. _____, Libro Núm. _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad _____

34.2 Municipio o delegación _____

34.3 Entidad federativa _____

34.4 Día _____

Mes _____

Año _____

34.5 Entidad federativa _____

34.6 Día _____

Mes _____

Año _____

34.7 Entidad federativa _____

34.8 Día _____

Mes _____

Año _____

34.9 Entidad federativa _____

34.10 Día _____

Mes _____

Año _____

34.11 Entidad federativa _____

34.12 Día _____

Mes _____

Año _____

34.13 Entidad