



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

Modelo 2015
FOLIO

150676747

*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.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) RN Apellido paterno Muñoz Apellido materno Salinas		
	2. CURP		3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		6. PESO 2.150 Kilogramos Gramos
	7. TALLA 1.46 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 26/07/2015 Día Mes Año
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes 20 Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora ☐ 09		
DE LA DEFUNCIÓN	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 019046245		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número Xilitla 11.2 Colonia 11.3 Localidad Los Positos SLP 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 Hosp. Gral Cd. Valles 15.1 Nombre de la unidad médica Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera Mexico-Laredo km 7 Frac. Oxitipa Cd. Valles SLP 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 15/08/2015 18:05 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 15 días 15 días 20 días 20 días
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Nosocomial Debido a (o como consecuencia de) b) Sepsis Nosocomial Debido a (o como consecuencia de) c) SDR Por déficit de surfactante Debido a (o como consecuencia de) d) Prematuro 35 SGA PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo 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 ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
DEL CERTIFICANTE	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área deportiva ☐ 03 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Área comercial o de servicios ☐ 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 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 Nombre(s) Jazmin Zitaly Salinas Apellido paterno Martínez Apellido materno madre		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
	28. NOMBRE Nombre(s) Brenda Teresa del Angel Apellido paterno Medina Apellido materno 29. TELÉFONO 3828170		
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO Carretera Mexico-Laredo km 7 Frac. Oxitipa Cd. Valles SLP.		31. FIRMA [Firma]
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 15/08/2015 Día Mes Año		
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm. 33.1 Acta Núm.		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año			

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*