



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

Modelo 2015

FOLIO

150678016

ENREGISTRE EL ORIGINAL, LA 1^{er} CÚPULA (RUSA) Y LA 2^{da} CÚPULA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARS.

		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Ma Dolores Hernández González		Apellido paterno		Apellido materno						
		Nombre(s)												
2. CURP		HEGDCG41019MSPRNL06		Se ignora <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 99		3. SEXO		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99						
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99		6. PESO		48 Kilogramos		7. TALLA						
8. FECHA DE NACIMIENTO		19101964		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 Meses		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:														
10. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99												
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Francisco I madero s/n		11.1 Calle y número		11.2 Colonia		Colte Segundo		11.3 Localidad		
				Mexiquense de calmona						San Luis Potosí				
11.4 Municipio o delegación												11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 011 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL		Amo de casa		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08		IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación								
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		15.1 Nombre de la unidad médica				Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12				
						15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Francisco I madero s/n		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		Colte Segundo		16.3 Localidad				
				Mexiquense de calmona						San Luis Potosí				
16.4 Municipio o delegación										16.5 Entidad federativa				
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		19082015 12:30		Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I		a) Canker de Vesícula biliar		Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE				
		Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		b) Broncoespasmo alentado		Debido a (o como consecuencia de)		1960						
		Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		c) Co Vomito bln		Debido a (o como consecuencia de)		7179						
		PARTE II		d)				M816013						
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 01		El parto <input type="radio"/> 02		El puerperio <input type="radio"/> 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04		No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte		05		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE		
23. SI LA MUERTE FUERA ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 00		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 06		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?		
				Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01		Área deportiva <input type="radio"/> 03		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07				
		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04		Otro <input type="radio"/> 08		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04				
		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05		Se ignora <input type="radio"/> 09		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05				
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		Maria Dolores Vazquez		Apellido paterno		Hernandez		Apellido materno		hija		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	Nombre(s)													

678016