



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

167

150679534

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ma. Teresa		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		
2. CURP				3. SEXO		4. NACIONALIDAD		
BALBT670608M5021204				Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	
Se ignora <input type="radio"/> 99		Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		
Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	140 Kilogramos	1.50 Gramos	Metros	1.50 Centímetros	Dia 10 Mes 01 Año 1969	
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	4161 Años cumplidos	
Minutos		Horas	Días	Meses	Se ignora <input type="radio"/> 9			
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"/> 4	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	
				Soltero(a) <input type="radio"/> 1	Casado(a) <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)								
Fénix 161, Col. Centro, De Guadalupe, Aguascalientes				11.2 Colonia	11.3 Localidad			
11.4 Municipio o delegación				11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
12. ESCOLARIDAD								
Ninguna <input type="radio"/> 1	Primaria incompleta <input type="radio"/> 2	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4	Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11	Profesional <input type="radio"/> 7	Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL		
Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria completa <input type="radio"/> 3	Secundaria completa <input type="radio"/> 5	Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 9	13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD								
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Seguro Popular <input type="radio"/> 7	Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Número de seguridad social o afiliación			
IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 4	SEMAR <input type="radio"/> 6	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	2408734686-1			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN								
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15.1 Nombre de la unidad médica			
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2	ISSSTE <input type="radio"/> 4	SEDENA <input type="radio"/> 6	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN								
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				18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día 10	Mes 01	Año 1969	Horas 16:39	Minutos	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	
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) <i>Naevus en la cara</i> Debido a (o como consecuencia de)								
b) <i>Acidas y dolor en la espalda severa</i> Debido a (o como consecuencia de)								
c) <i>Debido a (o como consecuencia de)</i>								
d) <i>Debido a (o como consecuencia de)</i>								
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte								
3 Días								
1 hora								
Uso exclusivo del personal codificador Código CIE								
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE								
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS								
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:				22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4								
Uso exclusivo del personal codificador								
23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE								
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?								
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Vivienda particular <input type="radio"/> 0	Área deportiva <input type="radio"/> 3	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
Accidente <input type="radio"/> 1	Homicidio <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7				
Suicidio <input type="radio"/> 3	Se ignora <input type="radio"/> 9	Se ignora <input type="radio"/> 9	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	Otro <input type="radio"/> 8			
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								

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA

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.

DE LA DEEJANCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS