



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

150679534

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Ma. Teresa Brucems Balderas

2. CURP

BABT670608MSPRI1204

3. SEXO

Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02

4. NACIONALIDAD

Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09

6. PESO

90 Kilogramos Gramos

7. TALLA

1.50 Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

08/06/1969 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 46 Se ignora ☐ 09

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

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 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 ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 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 ☐ 09

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2408734686-1

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08

15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 09

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

10/07/2015 10:35 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

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 b) Acidosis metabólica severa c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 morbozo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

3 días 1 hora

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

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

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

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

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

*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.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

