



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

Modelo 2015

FOLIO

150680054

*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) Francisco Rucna Rucna Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
	2. CURP K0RF311203HGTCCK02 Se ignora 099		3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 01 No 02 Se ignora 09		6. PESO 105.1 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.68 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 10.3.12.19.3.1 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 09.3 Se ignora 09		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		
DE LA DEFUNCIÓN	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número Sin calle, sin número 11.2 Colonia Sayula 11.3 Localidad Fábrica de Melchar 11.4 Municipio o delegación San Felipe 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Guanajuato				
	12. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 07 Se ignora 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí 01 No 02 Se ignora 09 Agricultor Se ignora 099		
	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 010 Se ignora 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2414186039 02		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09 Hospital General de Salud 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 Nombre de la unidad médica 15.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)				
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Valentín Amador #1112 16.2 Colonia Rivas Cuatrecasas 16.3 Localidad Seguridad de Guaymas 16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa San Luis Potosí				
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2.5.10.7.20.15.20:30 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, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Enfermedad pulmonar obstructiva Debido a (o como consecuencia de) c) Probable tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 min 5 años 5 años 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 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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(los) 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 Rocina Rucna Loredo Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) hijo.				
	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 6931520 Número de la cédula profesional				
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Eréndira Sarahi Hernández Lara Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				29. TELÉFONO
	30. DOMICILIO Prolongación Valentín Amador, Esq. Calle de la Flor # 1112, Col. Rivas Cuatrecasas, Seguridad de Guaymas 31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2.5.10.7.20.15 Día Mes Año				
L REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO				34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad



150680054