



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

Modelo 2015
FOLIO

150680055

*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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MIGUEL RODRIGUEZ		2. CURP RDM361101074151D1XG10B		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No ☒ Sí ☐ Se ignora ☐		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
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		8. FECHA DE NACIMIENTO 07/10/1936			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número: MASORRO N° 423 BARRIO DE SAN MIGUELITO SAN LUIS POTOSÍ 11.2 Colonia: SAN LUIS POTOSÍ 11.3 Localidad: SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):					
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐		13. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado ☒ Se ignora ☐ 13.1 Trabajaba Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		14.1 Número de seguridad social o afiliación: 241500317902			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital General de Soledad IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General de Soledad 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 15.3 Localidad: Soledad de Grimaldo, San Luis Potosí 15.4 Municipio o delegación: Soledad de Grimaldo, San Luis Potosí 15.5 Entidad federativa: San Luis Potosí			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: Soledad de Grimaldo, San Luis Potosí 16.2 Colonia: Soledad de Grimaldo, San Luis Potosí 16.3 Localidad: Soledad de Grimaldo, San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación: Soledad de Grimaldo, San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa: San Luis Potosí		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 27/10/2015 12:15		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		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) FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE Debido a (o como consecuencia de) b) CHOQUE SÉPTICO Debido a (o como consecuencia de) c) NEUMONÍA GRAVE POR CANDIDA Debido a (o como consecuencia de) d) NEUMONÍA NOSOCOMIAL 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 morbosos que la produjo DESCOMPOSICIÓN FÉTIDA CALORICA SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO			
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: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒ 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒			
23. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Hermana ☒ 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 GUADALUPE HERNANDEZ RODRIGUEZ Nombre(s): GUADALUPE Apellido paterno: HERNANDEZ Apellido materno: RODRIGUEZ 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): HERMANA			
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		27. Si el certificante es médico: Número de la cédula profesional: 5754882			
28. NOMBRE JOHANN EMMANUEL GUISTIAN RAMIREZ Nombre(s): JOHANN EMMANUEL Apellido paterno: GUISTIAN Apellido materno: RAMIREZ		29. TELÉFONO: 8260100			
30. DOMICILIO PROLONGACIÓN VALENTÍN AMADOR N° 1112 COL. RIVAS GUILLÉN, SOLEDAD DE GRIMALDO, SAN LUIS POTOSÍ		31. FIRMA: [Firma]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 27/10/2015	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____, Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad: _____			

150680055