



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

Modelo 2015
FOLIO

150680058

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Casmir Nombre(s) Parde Apellido paterno Valerio Apellido materno	
2. CURP PIAVIC280304MSPIRL1503	
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 104.0 Kilogramos . 1000 Gramos	
7. TALLA 1.45 Metros . 45 Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 10/4/03/19/28 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 087 Años cumplidos 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: Fco. I. Madero 3/A Corte Segunda 11.2 Colonia: Corte Segunda 11.3 Localidad: San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación: Mexquiste de Casmir 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 Hogar	
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: _____	
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): _____ Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 09	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: Prolongación Valerito Anul, 112 Rivas Guila 16.2 Colonia: Seguridad de Guadalupe 16.3 Localidad: San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa:	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/10/2015 11:15 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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Choque Séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía Adquirida en la Comunidad Debido a (o como consecuencia de) c) Lesión Vascular Cerebral Cardioembólica Debido a (o como consecuencia de) d) Fibrilación Auricular Paroxística PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Hipertensión Arterial Sistémica Diabetes Mellitus Tipo 2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 hrs 3 días 1 año 1 año 15 años 15 años 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 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 ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 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: _____	
24. NOMBRE Hermencildo Nombre(s) Tovar Apellido paterno Sanchez Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nieta	
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 3207093 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Erika Alicia Nombre(s) Domínguez Apellido paterno Yerem Apellido materno	
29. TELÉFONO 8260100	
30. DOMICILIO Calle A #201 Biv. Cota Ambulada Fracc. Cota Ambulada S.G.S.	
31. FIRMA Erika Alicia Domínguez Yerem	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/10/2015 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: _____	

*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.
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.

150680058