



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

Modelo 2015
FOLIO

150680063

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Basilio Hernandez Ortiz</u> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
2. CURP <u>H101814710611+H1018181019</u> Se ignora ☐ 99		3. SEXO ☒ 1 Hombre ☐ 2 Mujer ☐ 9 Se ignora	4. NACIONALIDAD ☒ 1 Mexicana ☐ 2 Otra ☐ 9 Se ignora
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ 1 Sí ☒ 2 No ☐ 9 Se ignora		6. PESO <u>62</u> Kilogramos Gramos	7. TALLA <u>1.66</u> Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>14/06/1947</u> Día Mes Año			
9. EDAD CUMPLIDA <u>68</u> 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 ☐ 9 Se ignora			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL ☐ 4 En unión libre ☐ 6 Separado(a) ☐ 3 Divorciado(a) ☐ 2 Viudo(a) ☐ 1 Soltero(a) ☒ 5 Casado(a) ☐ 9 Se ignora	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>Av. Lázaro Cárdenas 5</u> <u>Los Mochis</u> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <u>México</u> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD ☐ 1 Ninguna ☒ 2 Primaria incompleta ☐ 4 Secundaria incompleta ☐ 11 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 7 Profesional ☐ 9 Se ignora ☐ 12 Preescolar ☐ 3 Primaria completa ☐ 5 Secundaria completa ☐ 6 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 10 Posgrado		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Jornalero</u> ☐ 9 Se ignora 13.1 Trabajaba ☒ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 9 Se ignora	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ☐ 1 Ninguna ☐ 3 ISSSTE ☐ 5 SEDENA ☐ 7 Seguro Popular ☒ 8 Otra ☐ 9 Se ignora ☐ 2 IMSS ☐ 4 PEMEX ☐ 6 SEMAR ☐ 10 IMSS Oportunidades		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2415051007-1</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN ☒ 1 Secretaría de Salud ☐ 3 IMSS ☐ 5 PEMEX ☐ 7 SEMAR ☐ 9 Unidad médica privada ☐ 2 IMSS Oportunidades ☐ 4 ISSSTE ☐ 6 SEDENA ☐ 8 Otra unidad pública		15.1 Nombre de la unidad médica <u>Hospital General de Salud</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Voluntario Amador (Arriaga) 1112</u> <u>Riojas Guillen</u> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <u>Ciudad de Guaymas</u> 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>10/08/2015</u> <u>11:15</u> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☒ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 9 Se ignora	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ 1 Sí ☒ 2 No		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____	
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) <u>Insuficiencia Respiratoria Aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Choque eléctrico</u> b) <u>Infarto Agudo de miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Infarto Agudo de miocardio</u> c) <u>Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica</u> d) <u>Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <u>Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica</u> <u>Insuficiencia Renal Aguda AKIN 2</u>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ Uso exclusivo del personal codificador	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 El parto ☐ 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 El puerperio ☐ 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ 1 Sí ☒ 2 No	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto ☐ 1 Accidente ☐ 2 Homicidio ☐ 3 Suicidio ☐ 4 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ 1 Sí ☒ 2 No ☐ 9 Se ignora 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? ☐ 0 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9	
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 <u>Patricio Hernandez Dominguez</u> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hijo</u>	
26. CERTIFICADA POR ☐ 1 Médico tratante ☐ 2 Médico legista ☒ 3 Otro médico ☐ 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 5 Autoridad civil ☐ 6 Otro		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>4415150</u> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE <u>Voluntario Estrada Alaraz</u> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO _____	
30. DOMICILIO <u>Voluntario Amador (Arriaga) 1112</u> <u>Riojas Guillen</u> Colonia Ríojas Guillen		31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>10/08/2015</u> Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO _____		35. _____	



150680063