



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

Modelo 2015
FOLIO

150680069

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTE ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

EG. IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) María Margarita Apellido paterno Vartinez Apellido materno Elías	
2. CURP M A E M 23 06 17 M S P R L N O 1	
3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	6. PESO 45 Kilogramos Gramos
7. TALLA 1 Metros 60 Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 17 06 1923 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 92 Se ignora ☐ 9	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☒ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número Localidad San Lorenzo S/N Loc San Lorenzo 11.2 Colonia Ville Hidalgo 11.3 Localidad San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación 2407695920-5	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 15.1 Nombre de la unidad médica Hospital General de Soledad Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Prolongación Valentín Amedor #1112 16.2 Colonia Col. Rivas Guillen 16.3 Localidad Soledad de Gregorio Sanchez 16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16 08 2015 Día Mes Año 8 Horas 50 Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
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) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) Neumonía nosocomial b) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Debido a (o como consecuencia de) c) Hipertensión arterial sistémica Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 horas 3 días 5 años 20 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 ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 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(a) 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 Ms. Fidencia Vartinez Castillo Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Sobrina	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 28. NOMBRE Marco Isaac Banda Iare Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno 29. TELÉFONO 8260100	
30. DOMICILIO Prolongación Valentín Amedor 1112 Col. Rivas Guillen 31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 16 08 2015 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

*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.



150680069