



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

Modelo 2015
FOLIO

150681274

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Abigail		Morelos		Velasquez		
	Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno	
	2. CURP	M0VIA911029MSPRLB03		Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 01	Mujer <input checked="" type="radio"/> 02	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 01	No <input checked="" type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01	Otra <input type="radio"/> 02	
	6. PESO	073.000		Kilogramos	7. TALLA	1.65	Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO	29/01/1991		Día	Mes	Año		
	9. EDAD	023		Se ignora <input type="radio"/> 09	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	Años cumplidos		
	10. ESTADO CONYUGAL	En unión libre <input type="radio"/> 04		Separado(a) <input type="radio"/> 06	Divorciado(a) <input type="radio"/> 03	Viudo(a) <input type="radio"/> 02	Soltero(a) <input type="radio"/> 01	Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05
	11. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Colonia Estrella		11.3 Localidad		
	11.1 Calle y número	Mocoroma #103		11.2 Colonia	San Luis Potosí		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación	Tamaulipas		Colonia Estrella		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 01	Primaria incompleta <input type="radio"/> 02	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04	Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11	Profesional <input type="radio"/> 07	Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL	
Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria completa <input type="radio"/> 03	Secundaria completa <input type="radio"/> 05	Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06	Posgrado <input type="radio"/> 10	13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 01	ISSSTE <input type="radio"/> 03	SEDENA <input type="radio"/> 05	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07	Otra <input type="radio"/> 08	14.1 Número de seguridad social o afiliación	2412039179	
IMSS <input type="radio"/> 02	PEMEX <input type="radio"/> 04	SEMAR <input type="radio"/> 06	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99				
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01	IMSS <input type="radio"/> 03	PEMEX <input type="radio"/> 05	SEMAR <input type="radio"/> 07	Unidad médica privada <input type="radio"/> 09	15.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02	ISSSTE <input type="radio"/> 04	SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad pública <input type="radio"/> 08			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	Mocoroma #103		16.2 Colonia	Colonia Estrella		16.3 Localidad	San Luis Potosí	
16.1 Calle y número	Tamaulipas		16.4 Municipio o delegación	Colonia Estrella		16.5 Entidad federativa	San Luis Potosí	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	201092015	04:15	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
Día Mes Año Horas Minutos			18.1 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión antes de la muerte?	Sí <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	19.1 ¿Se practicó necropsia?	Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	20.1 Parte I		20.2 Parte II		20.3 Parte III		20.4 Parte IV	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Causas antecedentes		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		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	21.1 Parte I		21.2 Parte II		21.3 Parte III		21.4 Parte IV	
Código CIE	21.1.1		21.2.1		21.3.1		21.4.1	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
El embarazo <input type="radio"/> 01	El parto <input type="radio"/> 02	El puerperio <input type="radio"/> 03	SI <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	SI <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	22.5 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
43 días a 11 meses	43 días a 11 meses	después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05				22.6 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
Homicidio <input type="radio"/> 02	Se ignora <input type="radio"/> 09	SI <input type="radio"/> 01	No <input type="radio"/> 02	Vivienda particular <input type="radio"/> 00	Área deportiva <input type="radio"/> 03	Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06		
Suicidio <input type="radio"/> 03	Se ignora <input type="radio"/> 09	Se ignora <input type="radio"/> 09	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04	Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07			
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		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02	Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05	Otro <input type="radio"/> 08			
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	Daniel Resendiz Resendiz				25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)	Apellido paterno		Apellido materno		Esposo			
26. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 01	Médico legista <input type="radio"/> 02	Otro médico <input type="radio"/> 03	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Autoridad civil <input type="radio"/> 05	Otro <input type="radio"/> 08	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
28. NOMBRE	Dr. Francisco		López		Angulo		Número de la cédula profesional	
Nombre(s)	Apellido paterno		Apellido materno				29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO	20 de Noviembre #206		Tamaulipas		S.C.P.		4833621585	
31. FIRMA							32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		Tamaulipas				201092015	
REG. CIVIL	34.1 Localidad						Día Mes Año	