



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

Modelo 2015  
FOLIO

150681274

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (VERDE) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Abigail Morales Velasco</b>	
2. CURP <b>MDV4911029MSRRLB03</b>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input 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
6. PESO <b>073.000</b> Kilogramos Gramos	7. TALLA <b>1.65</b> Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <b>29/10/1991</b> 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 <b>023</b> Se ignora <input type="radio"/> 09
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 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Moctezuma #103</b> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia <b>Colonia Estrella</b> <b>Tamazunchale</b> 11.3 Localidad <b>San Luis Potosí</b> 11.4 Municipio o delegación 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"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Hogar</b> 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 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 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"/> 09	
14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2412039179</b>	
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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Nombre de la unidad médica 15.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.5 Nombre de la unidad médica 15.6 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.7 Nombre de la unidad médica 15.8 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.9 Nombre de la unidad médica 15.10 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.11 Nombre de la unidad médica 15.12 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.13 Nombre de la unidad médica 15.14 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.15 Nombre de la unidad médica 15.16 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.17 Nombre de la unidad médica 15.18 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.19 Nombre de la unidad médica 15.20 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.21 Nombre de la unidad médica 15.22 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.23 Nombre de la unidad médica 15.24 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.25 Nombre de la unidad médica 15.26 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.27 Nombre de la unidad médica 15.28 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.29 Nombre de la unidad médica 15.30 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.31 Nombre de la unidad médica 15.32 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.33 Nombre de la unidad médica 15.34 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.35 Nombre de la unidad médica 15.36 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.37 Nombre de la unidad médica 15.38 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.39 Nombre de la unidad médica 15.40 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.41 Nombre de la unidad médica 15.42 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.43 Nombre de la unidad médica 15.44 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.45 Nombre de la unidad médica 15.46 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.47 Nombre de la unidad médica 15.48 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.49 Nombre de la unidad médica 15.50 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.51 Nombre de la unidad médica 15.52 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.53 Nombre de la unidad médica 15.54 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.55 Nombre de la unidad médica 15.56 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.57 Nombre de la unidad médica 15.58 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.59 Nombre de la unidad médica 15.60 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.61 Nombre de la unidad médica 15.62 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.63 Nombre de la unidad médica 15.64 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.65 Nombre de la unidad médica 15.66 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.67 Nombre de la unidad médica 15.68 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.69 Nombre de la unidad médica 15.70 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.71 Nombre de la unidad médica 15.72 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.73 Nombre de la unidad médica 15.74 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.75 Nombre de la unidad médica 15.76 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.77 Nombre de la unidad médica 15.78 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.79 Nombre de la unidad médica 15.80 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.81 Nombre de la unidad médica 15.82 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.83 Nombre de la unidad médica 15.84 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.85 Nombre de la unidad médica 15.86 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.87 Nombre de la unidad médica 15.88 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.89 Nombre de la unidad médica 15.90 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.91 Nombre de la unidad médica 15.92 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.93 Nombre de la unidad médica 15.94 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.95 Nombre de la unidad médica 15.96 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.97 Nombre de la unidad médica 15.98 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.99 Nombre de la unidad médica 16.00 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	

DE LA DEFUNCIÓN

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>20/09/2015 04:15</b> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 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) <b>Insuficiencia Cardiorespiratoria</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Neumonía</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Menigitis</b> Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 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 checked="" type="radio"/> 05 22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>10</b> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>20 días</b> <b>24 días</b> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 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	
---	--

DEL INF.

24. NOMBRE <b>Daniel Resendiz Resendiz</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Esposo</b>
--	--	---

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input checked="" 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 <b>698518</b> Número de la cédula profesional
28. NOMBRE <b>Dr. Anselmo López Angeles</b> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO <b>4833621585</b>
30. DOMICILIO <b>20 de Noviembre #206 Tamazunchale S.L.P.</b>		31. FIRMA 
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>20/09/2015</b> Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <b>6</b>
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>Tamazunchale</b> 34.1 Localidad		

150681274