



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150681311

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Silvia

Nombre(s)

Rivera

Apellido paterno

Marquez

Apellido materno

2. CURP

Se ignora 99

3. SEXO

Hombre 1

Mujer 2

Se ignora 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana 1

Otra 2

Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

SI 1

No 2

Se ignora 9

6. PESO

40 . 00 0

Kilogramos Gramos

7. TALLA

1 . 6 0

Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

02 06

Día Mes

19 62

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

Días

Para personas de un año o más

Meses

Años cumplidos

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)

Altamira S/N

11.1 Calle y número

Xilitla

Bugambilias

11.2 Colonia

Zona centro-Xilitla

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

Ama de casa

13.1 Trabajaba 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

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 2

PEMEX 3

SEDENA 5

SEMAR 7

Unidad médica privada 9

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10

Otro lugar 12

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Altamira S/N

16.1 Calle y número

Xilitla

16.2 Colonia

Zona centro-Xilitla

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

San Luis Potosí

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

20 10 2015

Día Mes Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

SI 1

No 2

Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

SI 1

No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Insuficiencia Renal

Debido a (o como consecuencia de)

a)

b)

c)

d)

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 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

SI 1

No 2

SI 1

No 2

Se ignora 9

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

SI 1

No 2

Se ignora 9

Uso exclusivo del personal codificador

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

Se ignora 9</p