

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

Modelo 2015
FOLIO

150681333

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (BLANCA) 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Bernabe Hernandez Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
2. CURP ☐		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐		6. PESO 2.000 Kilogramos Gramos	
7. TALLA 1.45 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 25/10/2015 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 Se ignora ☐		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 019064376		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Barrio Tlaicag 81a Numero 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Zacatipán 11.4 Municipio o delegación Hidalgo 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI ☐ No ☒ Se ignora ☐	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐		14.1 Número de seguridad social o afiliación: 3MISS	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		15.1 Nombre de la unidad médica: HR 44 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 15.3 Localidad: Zacatipán 15.4 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera a San Martín Km 3 16.1 Calle y número 16.2 Colonia Tamazunchale 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 25/10/2015 22:23 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI ☐ No ☒	
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) Cardiopatía Congénita Debido a (o como consecuencia de) b) Cranosinapática Debido a (o como consecuencia de) c) 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 morboso que la produjo Síndrome de dificultad respiratoria Prematuridad		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 41 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ No ☒ 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI ☐ No ☒ 23. Si la muerte fue accidental o violenta, especifique: 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ No ☒ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) 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 23.8 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(a)?	
24. NOMBRE Alejandra Hernandez Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre.	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☒ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO En trámite. Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Alfredo Perez Ordoñez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO Carretera a San Martín Km 3, Zacatipán, Tamazunchale San Luis Potosí		31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 25/10/2015 Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tamazunchale			

150681333