



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

Modelo 2015
FOLIO

150681387

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) 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 GOBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE LOS PARTICULARLES.

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Urbano Ortiz Antonio	Apellido paterno	Apellido materno
		Nombre(s)		
		2. CURP OITAU610525HISPRINR01	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. PESO 62.000 Kilogramos	7. TALLA 1.60 Metros
		8. FECHA DE NACIMIENTO 25051961 Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____
		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	11. RESIDENCIA HABITUAL La Reforma 36 11.1 Calle y número Tlaxcaltecate	11.2 Colonia 11.3 Localidad Cerro Grande
		11.4 Municipio o delegación Tlaxcaltecate	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL desempleado Se ignora <input type="checkbox"/>
		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2410912894 - Z	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>
		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN La Reforma 36 16.1 Calle y número Tlaxcaltecate	16.2 Colonia 16.3 Localidad Cerro Grande	16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí
		16.5 Entidad federativa	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 08/11/2015 16:05 Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
DE LA DEFUNCIÓN		19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) Tuberculosis <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/>	Intervalo aproximado entre inicio de la enfermedad y la muerte 20 min. 30 s. Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>
		Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionando en su último lugar la causa básica	b) Tuberculosis Debido a (o como consecuencia de)	J 90 Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
		c) Insuficiencia renal crónica Debido a (o como consecuencia de)	A 19	
		d) Dabetes mellitus no insulinodependiente 5.5 Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia renal crónica	E-119 4 años. 4 años. N-18	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS		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="checkbox"/> 43 días a 11 meses <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	23.2 Sitio donde ocurrió la lesión. Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera <input type="checkbox"/> Establecimiento público <input type="checkbox"/> Área comercial <input type="checkbox"/> de servicios	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(fa) fallecido(a)? Área industrial <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
		23.3 Si la defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	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 CERTIFICANTE		24. NOMBRE Andrea Ortiz Nombre(s)	Apellido paterno Ortiz	Apellido materno Antonio
		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	26. CERTIFICADA POR Médico tralante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO G515984 Número de la cédula profesional
		28. NOMBRE Maria Virginia Nava Nombre(s)	Apellido paterno Alonso	29. TELÉFONO 3620397
		30. DOMICILIO comisaría san rafael km 3 Zacatlán, Tlaxcala	31. FIRMA 	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 08/11/2015 Día Mes Año
DEL REG. CIVIL		33. LA DEFUNCIÓN FUE INScrita EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____	34.3 Entidad federativa
		33.1 Acta Núm. _____	34.2 Municipio o delegación	34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD