



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

Modelo 2015
FOLIO

150681387

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª 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 GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Urbano</u> Apellido paterno <u>Ortiz</u> Apellido materno <u>Antonio</u>		
2. CURP <u>01AUG1101525HISPRINR01</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO <u>62</u> Kilogramos <u>000</u> Gramos	7. TALLA <u>1.60</u> Metros <u>00</u> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>25</u> de <u>05</u> de <u>1961</u>	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>05</u> minutos Para menores de un día: <u>4</u> horas Para menores de un mes: <u>05</u> días Para menores de un año: <u>05</u> meses Para personas de un año o más: <u>05</u> años	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>La Refina 36</u> <u>Cerro Grande</u> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>desempleado</u> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2410912894-2</u>
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>La Refina 36</u> <u>Cerro Grande</u> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		16.6 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>08</u> de <u>11</u> de <u>2015</u> <u>16</u> horas <u>05</u> minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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) <u>Insuficiencia respiratoria aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Tuberculosis pulmonar</u> 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 <u>Diabetes mellitus no insulinodependiente sin complicaciones</u> <u>Insuficiencia renal crónica estadio IV</u>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>20 minutos</u> <u>3 meses</u> <u>19 años</u> <u>4 años</u> Código CIE <u>J90</u> <u>A19</u> <u>E119</u> <u>N18</u>
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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 Describe 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		
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Andrés</u> Apellido paterno <u>Ortiz</u> Apellido materno <u>Alonso</u>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>hijo</u>
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>6515984</u> Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Nombre(s) <u>María Virginia</u> Apellido paterno <u>Naco</u> Apellido materno <u>Alonso</u>		29. TELÉFONO <u>36 20397</u>
30. DOMICILIO <u>Carretera San Juan km 3</u> <u>Zapotlán, Tamaulipas</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>08</u> de <u>11</u> de <u>2015</u>		32.1 Acta Núm. _____
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

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