



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

Modelo 2015
FOLIO

150681728

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>RN</u> Apellido paterno <u>Gomez</u> Apellido materno <u>Tinas</u>	
2. CURP <u>RN</u>	3. SEXO Hombre ☒ 99 Mujer ☐ 02 Se ignora ☐ 09
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09
6. PESO <u>003.975</u> Kilogramos Gramos	7. TALLA <u>1.50</u> Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>10-04-1972</u> 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
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 01 Separado(a) ☐ 02 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 04 Soltero(a) ☐ 05 Casado(a) ☐ 06 Se ignora ☐ 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>General Lucio Blanco 3</u> 11.2 Colonia <u>Estado Dominicano</u> 11.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Tamasopo</u> 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☒ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Carretera Mexico - Laredo</u> 16.2 Colonia <u>Fraccionamiento</u> 16.3 Localidad <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>04</u> Año <u>2015</u> Horas <u>15</u> Minutos <u>05</u>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa; mencionados 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.	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>9035967</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o parto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de las causas anotadas en la PARTE I? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA - ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un accidente: Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Otro ☐ 08 Área comercial o de servicios ☐ 05 Se ignora ☐ 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)? 1. ☐ 01 2. ☐ 02 3. ☐ 03 4. ☐ 04 5. ☐ 05 6. ☐ 06 7. ☐ 07 8. ☐ 08 9. ☐ 09 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	
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Blanca Ordaz</u> Apellido paterno <u>Tinas</u> Apellido materno <u>Reyes</u>	
25. ¿PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)? 25.1 Sitio donde ocurrió la lesión: 1. ☐ 01 2. ☐ 02 3. ☐ 03 4. ☐ 04 5. ☐ 05 6. ☐ 06 7. ☐ 07 8. ☐ 08 9. ☐ 09	
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico ☐ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil ☐ 05 Otro ☐ 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional <u>9035967</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Vianey</u> Apellido paterno <u>Castillo</u> Apellido materno <u>Reyes</u>	
29. TELÉFONO <u>9035967</u>	
30. DOMICILIO <u>Carretera Mexico - Laredo sur Km7</u> <u>Fraccionamiento Oxilpa</u>	
31. FIRMA: <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>10</u> Mes <u>04</u> Año <u>2015</u>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Fecha de registro	

150681728