



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

150681741

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Rocion ^Nacida Hernández Guzman

2. CURP Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09 4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? S: ☐ 01 No: ☒ 02 Se ignora ☐ 09 6. PESO 13 3 50 Kilogramos Gramos 7. TALLA 43 Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO 3 1 0 2 0 15 Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más Se ignora ☐ 09 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Segrado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10 13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09

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 ☐ 09 14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 Hospital general de valles 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ 01 No ☒ 02

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Insuficiencia respiratoria aguda
Debido a (o como consecuencia de)
b) Neumonía intrahospitalaria
Debido a (o como consecuencia de)
c) Sepsis neonatal
Debido a (o como consecuencia de)
d) Síndrome de aspiración de meconio
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
6 hrs
10 días
15 días
22 días
Código CIE

PARTE II
Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo
Cardiopatía congénita
Acondroplasia

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 aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Área comercial o de servicios ☐ 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) 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 Solo 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 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1569723 Número de la cédula profesional

28. NOMBRE 29. TELÉFONO 3828170

30. DOMICILIO 31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2 5 1 0 2 0 15 Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO. 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO.