



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

Modelo 2015
FOLIO

150682420

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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MARIA ELENA JUAREZ HUERTA		
2. CURP JUHE831224MSPRR400	3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 99	
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99	
6. PESO 125.6 Kilogramos 000 Gramos	7. TALLA 1.55 Metros 55 Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 26/12/1983	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: 1031 Años cumplidos Se ignora ☐ 99	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☒ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 99		
11. RESIDENCIA HABITUAL. Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) PRIMERA DE REVOLUCION # 528 BARRIO 3º EL REFUGIO. CIUDAD PERNANDEL SAN LUIS POTOSI.		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☒ 6 Posgrado ☐ 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL HOGAR. Se ignora ☐ 99	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☒ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☒ 9 CLINICA SANTA CATARINA. Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN PLAZA DE MAYO # 206 RIO VERDE. SAN LUIS POTOSI.		16.3 Localidad
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/12/2015 21:45		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) PARO CARDIO RESPIRATORIO Debido a (o como consecuencia de) 4 MINUTOS b) HIPERTENSION ARTERIAL Debido a (o como consecuencia de) 3 AÑOS 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 morbo que la produjo Gravemente enferma
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 ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 99		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 1 Area deportiva ☐ 3 Calle o carretera (via pública) ☐ 4 Area comercial o de servicios ☐ 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Escuela u oficina pública ☐ 2 Area industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 99		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 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión
23.7 Sólo en caso de accidente, añote 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 MARIA ELENA HUERTA
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MADRE		26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2632368		28. NOMBRE DI MARIO CAUOWAS DUARTE
29. TELÉFONO 87-2-52-20		30. DOMICILIO AV. CENTENARIO # 725
31. FIRMA [Firma]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18/12/2015
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad RIOVERDE 34.2 Municipio o delegación RIOVERDE 34.3 Entidad federativa SAN LUIS POTOSI 34.4 Día Mes Año 18 12 2015