



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

Modelo 2015 FOLIO 3
150682669

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.



150682669

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) TERESA DE JESÚS Nombre(s) NAVARRO Apellido paterno RODRIGO Apellido materno		3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
	2. CURP [Empty]		6. PESO [Empty] Kilogramos [Empty] Gramos		7. TALLA [Empty] Metros [Empty] Centímetros	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		8. FECHA DE NACIMIENTO 17/05/1989 Día Mes Año		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Empty] Minutos Para menores de un día [Empty] Horas Para menores de un mes [Empty] Días Para menores de un año [Empty] Meses Para personas de un año o más 26 Años cumplidos Se ignora ☐ 09	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Empty]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 05 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09			
DE LA DEFUNCIÓN	11. RESIDENCIA HABITUAL Agote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) CALLE MARTÍNEZ #139 11.1 Calle y número VILLA DE ARRIAGA 11.2 Colonia S. L. P. 11.3 Localidad VILLA DE ARRIAGA 11.4 Municipio o delegación S. L. P. 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 EMPLEADA Se ignora ☐ 09 13.1 Trabajaba Sí ☐ 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 [Empty]		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 UBO SANATARIO 15.1 Nombre de la unidad médica IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Empty]			15.3 Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 09		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CALLE # 520 16.1 Calle y número TEQUIS 16.2 Colonia San Luis Potosí 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación S. L. P. 16.5 Entidad federativa					
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02/09/2015 22:25 Día Mes Año Horas Minutos			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
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) PARO EMOCIONOPROVOCADO Debido a (o como consecuencia de) [Empty] b) CONVULSIONES TÓNICAS - CLONICAS Debido a (o como consecuencia de) [Empty] c) EPILEPSIA Debido a (o como consecuencia de) [Empty] d) [Empty] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [Empty]			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 min Código CIE 146.9 2 hrs 441.0 12 hrs 440		
	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? Sí ☐ 01 No ☐ 02		
DEL REG. CIVIL	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? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 01 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 01 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 08 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? [Empty]		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 146.9			
	24. NOMBRE TERESA Nombre(s) MORENO Apellido paterno CASTILLO Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Mamá			
	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 866976 Número de la cédula profesional			
	28. NOMBRE OSCAR GILBERTO Nombre(s) PAÍZ Apellido paterno ABULCAN Apellido materno		29. TELÉFONO 44-41-8891-40			
30. DOMICILIO 1a CALLE #120		31. FIRMA 		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 02/09/2015 Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 5 Libro Núm. 5 33.1 Acta Núm. 2842		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad San Luis Potosí San Luis Potosí 34.2 Municipio o delegación S. L. P. 34.3 Entidad federativa 34.4 Día 02 Mes 09 Año 2015				

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