



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

Modelo 2015
FOLIO
150682975

Hoja Infectología
Ing. 06.02
CL-46

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		G.													
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) J. Santos Nombre(s) Apellido paterno Ibarrá Apellido materno Ramírez		2. CURP IARR554112111HSPBMNO11		3. SEXO Hombre ☒ 01 Mujer ☐ 02		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		6. PESO 078.000 Kilogramos Gramos		7. TALLA 1.72 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 11.11.2015									
9. EDA 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 ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Vuelto(a) ☐ 02 Soltero(a) ☐ 01 Casado(a) ☒ 05		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Jesús de Coronados 11.1 Calle y número Real de Catorce 11.4 Municipio o delegación		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 Vendedor 13.1 Trabajo Si ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación 419954016131M1954CR		14.2 Ocupación Vía pública ☐ 10 Hogar ☐ 11 Otro lugar ☐ 12 Se ignora ☐ 09		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☒ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS ☒ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 09		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Nicolás Zapata #23 16.1 Calle y Número San Luis Potosí 16.2 Colonia Centro 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14.10.2015 Día Mes Año 08:15 Horas Minutos		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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) a) Sangrado de tubo digestivo b) Insuficiencia hepática c) Tuberculosis miliar d) Debido a (o como consecuencia de)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I67.29 I67.29 I67.29 I67.29		22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		22.4 ¿Que parentesco tenía el presunto agresor con ella? (fallecido(a)? Si ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09		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		23.8 Descripción de la lesión 23.8.1 Descripción de la lesión 23.8.2 Descripción de la lesión 23.8.3 Descripción de la lesión									
23.9 Descripción de la lesión 23.9.1 Descripción de la lesión 23.9.2 Descripción de la lesión 23.9.3 Descripción de la lesión		24. NOMBRE Civil Mata Apellido paterno Hernández Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) Esposo		26. CERTIFICADA POR Médico ☐ 01 Legista ☐ 02 Otro ☒ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autentificación civil ☐ 05 Otro ☐ 08		27. Si el certificante es médico 3844243 Número de la cédula profesional		28. NOMBRE Jorge Luis Espinoza Nombre(s) Apellido paterno Vargas Apellido materno		29. TELÉFONO 8124131		30. DOMICILIO Nicolás Zapata #203 Colonia Centro Nombre(s) Apellido paterno		31. FIRMA [Firma]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14.10.2015 Día Mes Año					