



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

Modelo 2015
FOLIO

150682996

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Maria Guadalupe Hernández Olvera Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP HE09340615MSPRL003 Se ignora 099	3. SEXO Hombre 01 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 050.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.45 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 15/06/1934 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 081 Años cumplidos Se ignora 09	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(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) Escobedo #92 Barrio Santo Niño Salinas 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Salinas de Hidalgo San Luis Potosí 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 011 Profesional 07 Se ignora 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL 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 010 Se ignora 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2406314144-06
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09 Hospital General de Soledad IMSS Oportunidades 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Via pública 010 Otro lugar 012 Hogar 011 Se ignora 099
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Prof. Valentín Amador #1112 Rivas Guillén Soledad de Graciano Sánchez 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28/09/2015 12:03 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 PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 01 No 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 días 18 días 5 años 40 años
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Neumonía Grave Intrahospitalaria Debido a (o como consecuencia de) b) Post-Operada Reducción Abierta Fijación Interna Cadera Debido a (o como consecuencia de) 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 morboso que la produjo Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Hipotiroidismo		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 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
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 01 No 02		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
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 00 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicios 05 Se ignora 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 Maria Hernández Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija
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
28. NOMBRE Alejandro Everardo Sánchez Hernández Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO 8260100
30. DOMICILIO Prolongación Valentín Amador #1112 osq. Calle de la Flor, Col. Rivas Guillén		31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28/09/2015 Día Mes Año
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad

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.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN