



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

Modelo 2015

FOLIO

150683006

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
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) Carlos Antonio Estiada Salazar		
2. CURP [Blank]		
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		6. PESO 101.2 Kilogramos
7. TALLA 1.86 Metros		8. FECHA DE NACIMIENTO 06/07/2013
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: [Blank] Meses Para personas de un año o más: 06/2 Años cumplidos		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		
11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número: Martín Bautista 250 11.2 Colonia: Guadalupeana 11.3 Localidad: San Juan Polosí 11.4 Municipio o delegación: [Blank] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Blank]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐		
13. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna ☒ Se ignora ☐ 13.1 Trabajaba: Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐ 14.1 Número de seguridad social o afiliación: 2413064059-2		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ Hospital General de Salud 15.1 Nombre de la unidad médica: [Blank] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Blank] 15.3 Vía pública ☐ Otro lugar ☐ 15.4 Hogar ☐ Se ignora ☐		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: Valentín Amador 1112 16.2 Colonia: Pinas Guillén 16.3 Localidad: San Juan Polosí 16.4 Municipio o delegación: [Blank] 16.5 Entidad federativa: [Blank]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/9/2015 15:00		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		
19. ¿SE PRACICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Coagulación intravascular diseminada Debido a (o como consecuencia de) [Blank] b) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) [Blank] c) Guitierceritis infecciosa Debido a (o como consecuencia de) [Blank] d) [Blank] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Falla renal aguda Síndrome de distress respiratorio agudo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 14 días, 25 días, 25 días, 14 días, 21 días. Uso exclusivo del personal codificador Código CIE: [Blank]		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Blank]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐ 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐ 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Blank] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Blank] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Blank] 23.7.2 Colonia: [Blank] 23.7.3 Localidad: [Blank] 23.7.4 Municipio o delegación: [Blank] 23.7.5 Entidad federativa: [Blank]		
24. NOMBRE Socorro Berenice Salazar Rivera Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre.		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5599300 Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Luis Fernando Mardaza Moreno Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
29. TELÉFONO (444) 8260100		
30. DOMICILIO Valentín Amador 1112, Colonia Pinas Guillén, San Juan Polosí		
31. FIRMA [Signature]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/9/2015		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Blank], Libro Núm. [Blank]		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Blank]		

150683006

