



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

Modelo 2015
FOLIO

150683703

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.

150673869

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO	Nombre(s) <u>Ursula Tait</u>		Apellido paterno <u>Rubio</u>		Apellido materno <u>Perez</u>			
	2. CURP								
	3. SEXO	Se ignora ☐ 99 Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2							
	4. NACIONALIDAD	Se ignora ☐ 9 Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9							
DEL FALLECIDO	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Si ☐ 1 No ☒ 2		6. PESO	Kilogramos <u>47</u> Gramos <u>1010</u>		7. TALLA	Metros <u>1.56</u> Centímetros <u>6</u>	
	8. FECHA DE NACIMIENTO	Día <u>10</u> Mes <u>7</u> Año <u>1961</u>							
	9. EDAD CUMPLIDA	Para menores de un año <u>5</u> Para menores de un día <u>5</u> Para menores de un mes <u>5</u> Para menores de un año <u>5</u> Para personas de un año o más <u>5</u> Se ignora ☐ 9							
	9.1 Para menores de un año Certificado de Nacimiento:	Escriba el número de folio del <u>10710612015</u>							
	10. ESTADO CONYUGAL	En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 7 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9							
	11. RESIDENCIA HABITUAL	Escriba el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>Martires de la Independencia 108 Los Tamarindos</u>							
	11.1 Calle y número	<u>Tamunchale</u>							
	11.2 Colonia	<u>Los Tamarindos</u>							
	11.3 Localidad	<u>Los Tamarindos</u>							
	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	<u>Veracruz</u>							
DEL FALLECIDO	12. ESCOLARIDAD	Ninguna ☒ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Primaria completa ☐ 3 Secundaria incompleta ☐ 4 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Profesional ☐ 7 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 99							
	13. OCUPACIÓN HABITUAL	Trabajador ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9							
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 Seguro Popular ☒ 7 OTRA ☐ 8 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 ☐ 2 IMSS Oportunidades ☐ 3 SEDENA ☐ 6 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 Hospital General <u>Dr. J. L. Velasco</u> 15.1 Nombre de la unidad médica <u>Dr. J. L. Velasco</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>00000000000000000000</u> Vía pública ☒ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99							
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	Calle y número <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 16.1 Calle y número <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 16.2 Colonia <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 16.3 Localidad <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 16.5 Entidad federativa <u>Veracruz</u>							
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día <u>11</u> Mes <u>01</u> Año <u>2012</u> Horas <u>15</u> Minutos <u>17</u>							
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTERIOR A LA MUERTE?	Si ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9							
	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?	Si ☐ 1 No ☒ 2							
	DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir (ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.). a) <u>Neumonía</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Neumonía</u> b) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> c) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u> d) <u></u> Debido a (o como consecuencia de) <u></u>						
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		Código CIE <u>7</u>							
22. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ DURANTE EL EMBARAZO O EL PARTO		Si ☐ 1 No ☒ 2							
22.1 Si la defunción ocurrió durante el embarazo o el parto		Si ☐ 1 No ☒ 2							
22.2 Si la defunción ocurrió durante el parto o el puerperio		Si ☐ 1 No ☒ 2							
22.3 Si la defunción ocurrió durante el puerperio		Si ☐ 1 No ☒ 2							
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFICAR		Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9							
23.1 Fue un presunto		Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9							
23.2 Si la muerte fue accidental o violenta, especificar		Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9							
23.3 Si la muerte fue accidental o violenta, especificar		Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9							
MUEERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	Padre ☐ 1 Hijo ☐ 2 Esposa ☐ 3 Otro ☐ 4 Se ignora ☐ 9							
	23.5 La defunción fue registrada en el Registro Civil	Si ☐ 1 No ☒ 2							
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión								
	23.7 Sólo en caso de accidente o violencia	Escriba el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 23.7.2 Colonia <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 23.7.3 Localidad <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>Carretera México-Tuxtla Km7 Fraccionamiento</u> 23.7.5 Entidad federativa <u>Veracruz</u>							
	24. NOMBRE	Apellido paterno <u>Rubio</u> Apellido materno <u>Trejo</u>							
	25. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON EL(LA) FALLECIDO(A)?	Padre ☐ 1 Hijo ☐ 2 Esposa ☐ 3 Otro ☐ 4 Se ignora ☐ 9							
	26. CERTIFICADA POR	Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 3 Autoridad civil ☐ 4 Otro ☐ 8							
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	Número de la cédula profesional <u>458005</u>							
	28. NOMBRE	Apellido paterno <u>Cardenas</u> Apellido materno <u>Gutierrez</u>							
	29. TELÉFONO								
DEL CERTIFICANTE	30. DOMICILIO	Escriba el domicilio del certificante 31. FIRMA <u>J. A. Calacé</u>							
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	Día <u>11</u> Mes <u>01</u> Año <u>2012</u>							
DEL CERTIFICANTE	33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO							
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO								