



\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA 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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARS.

# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015  
FOLIO

150683708

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Leopoldo		Velazquez	Mateo						
		Nombre(s)		Apellido paterno	Apellido materno						
2. CURP		VLEML1411103HHLUTIPAO		Se ignora <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> O <sub>99</sub>	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Otra <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>		6. PESO	Kilogramos	7. TALLA	Metros	Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO	Día <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Mes <input type="radio"/> 1 Año <input type="radio"/> 4	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	15	Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>			
		Minutos	Horas	Días	Meses	Años cumplidos					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL									
		En unión libre <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Separado(a) <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Divorciado(a) <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Viudo(a) <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Soltero(a) <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Casado(a) <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>									
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Tlaxco-Tepic-Tepic-Km.8100 Bvda. Guadalupe									
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad							
Tepehuán de Guerrero		11.4 Municipio o delegación		Hidalgo							
		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)									
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Primaria incompleta <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Secundaria incompleta <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> O <sub>11</sub> Profesional <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>	13. OCUPACIÓN HABITUAL								
Preescolar <input type="radio"/> O <sub>12</sub> Primaria completa <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Secundaria completa <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Posgrado <input type="radio"/> O <sub>10</sub>		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>									
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> O <sub>1</sub> ISSSTE <input type="radio"/> O <sub>3</sub> SEDENA <input type="radio"/> O <sub>5</sub> Seguro Popular <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Otra <input type="radio"/> O <sub>8</sub>	14.1 Número de seguridad social o afiliación	1314004713-3							
IMSS <input type="radio"/> O <sub>2</sub> PEMEX <input type="radio"/> O <sub>4</sub> SEMAR <input type="radio"/> O <sub>6</sub> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> O <sub>10</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>99</sub>											
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> O <sub>1</sub> IMSS <input type="radio"/> O <sub>3</sub> PEMEX <input type="radio"/> O <sub>5</sub> SEMAR <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Unidad médica privada <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	15.1 Nombre de la Unidad médica	Hospital General Col. Valles							
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> O <sub>2</sub> ISSSTE <input type="radio"/> O <sub>4</sub> SEDENA <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Otra unidad pública <input type="radio"/> O <sub>8</sub>		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	LSPISLSA0103516								
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.3 Localidad							
Carretera Méjico-Los Mts Km 7 Fraccionamiento Oxtipa				San Luis Potosí							
		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa							
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Dia <input type="radio"/> O <sub>1</sub> 31 Mes <input type="radio"/> O <sub>2</sub> 12 Año <input type="radio"/> O <sub>5</sub> 2015 Horas <input type="radio"/> O <sub>9</sub> 19 Minutos <input type="radio"/> O <sub>10</sub>	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD QUE LE DIO ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE REALIZÓ NECROPSIA?							
			Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>							
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -como: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE									
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:									
{		El embarazo <input type="radio"/> O <sub>1</sub> 43 días a 1 mes <input type="radio"/> O <sub>4</sub> después del parto o aborto <input type="radio"/> O <sub>4</sub>	El parto <input type="radio"/> O <sub>2</sub> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	El puerperio <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones normales del embarazo, parto o puerperio?	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?				
		Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Sí <input type="radio"/> O <sub>1</sub> No <input type="radio"/> O <sub>2</sub>	Uso exclusivo del personal codificador					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE									
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> O <sub>1</sub> homicidio <input type="radio"/> O <sub>2</sub> suicidio <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión								
23.3.1 Vivienda particular <input type="radio"/> O <sub>0</sub> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> O <sub>1</sub> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> O <sub>2</sub>		23.3.2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	23.3.3 Área deportiva <input type="radio"/> O <sub>3</sub> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	23.3.4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Otro <input type="radio"/> O <sub>8</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	23.4.1 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> O <sub>6</sub> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> O <sub>4</sub> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> O <sub>5</sub>	23.4.2 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> O <sub>7</sub> Otro <input type="radio"/> O <sub>8</sub> Se ignora <input type="radio"/> O <sub>9</sub>	23.4.3 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?				
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, anota 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		Apolonio		Velazquez		Rodríguez		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno					Papá		
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									

506683708