



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

Modelo 2015
FOLIO

150684037

*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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Carlos Becerra Cruz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP		
3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 99	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 11/09/1943 Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año 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 ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Carlos Diaz Gutierrez # 421 Soledad de Graciano Sanchez 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10		
13. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante Se ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 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 ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Hospital General de Soledad 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Municipio o delegación 15.5 Entidad federativa		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Valentin Amador #1112 Rivas Guillen 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 05/11/2015 11:28 Día Mes Año Horas Minutos		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 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, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Asociada al ventilador Debido a (o como consecuencia de) b) Apendicitis complicada Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes Mellitus			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 4 días 16 días	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 ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2			21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9 23.4 ¿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, 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		
--	--	--

DEL INF.

24. NOMBRE Ma. del Carmen Becerra Ruiz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija
--	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 5505411 Número de la cédula profesional			28. NOMBRE Marvin Homero Hernandez de la Cruz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	29. TELÉFONO 826 01 00
--	--	--	---	---------------------------

DEL REG. CIVIL

30. DOMICILIO Valentin Amador # 1112 Cal. Rivas Guillen Soledad de Graciano Sanchez, S.L.P.			31. FIRMA 7/11	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 05/11/2015 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		