



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

Modelo 2015
FOLIO

15086714

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Recien Nacio (Nombre(s)) Martinez (Apellido paterno) Cruz (Apellido materno)		
2. CURP	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 25.50 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.45 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 21092015 Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: 20 Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos Se ignora ☐ 03		
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) 11.1 Calle y número: Nicolas Bravo 77 11.2 Colonia: Aguismon 11.3 Localidad: Paxalja 11.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):		
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Primaria completa ☐ 03 Secundaria incompleta ☐ 04 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 06 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 07 Profesional ☐ 08 Posgrado ☐ 09 Se ignora ☐ 09		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba: Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 01 ISSSTE ☐ 02 SEDENA ☐ 03 Seguro Popular ☒ 04 Otra ☐ 05 IMSS ☐ 06 PEMEX ☐ 07 SEMAR ☐ 08 IMSS Oportunidades ☐ 09 Se ignora ☐ 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación: 15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Valles 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): S P S S A O 0 0 3 5 6 15.3 Localidad: San Luis Potosí 15.4 Entidad federativa:
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ 01 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 03 SEMAR ☐ 04 Unidad médica privada ☐ 05 Hogar ☐ 06 Vía pública ☐ 07 Otro lugar ☐ 08 Se ignora ☐ 09		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: Carretera Mexico-Laredo Km 7 16.2 Colonia: Fraccionamiento Oxitiña 16.3 Localidad: San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación: San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa:		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 111020151703 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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☐ 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Hemorragia Pulmonar Masiva Debido a (o como consecuencia de) c) Barotrauma por ventilación mecánica Debido a (o como consecuencia de) d) Neumonía Intrahospitalaria PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Síndrome de aspiración de meconio Sufrimiento fetal Asfúo		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 hora 1 hora 20 días 20 días 20 días
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 40 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. 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 ☐ 01 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 02 Escuela u oficina pública ☐ 03 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 04 Área deportiva ☐ 05 Calle o carretera (vía pública) ☐ 06 Área comercial o de servicios ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09 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:		
24. NOMBRE aria Trinidad (Nombre(s)) Cruz (Apellido paterno) Martinez (Apellido materno)		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre
26. CERTIFICADA POR Médico ☒ 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 1569723 Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Fernando (Nombre(s)) Vega (Apellido paterno) Gonzalez (Apellido materno)		29. TELÉFONO
30. DOMICILIO Carr Oxi eterna tipa Mexico Laredo KM 7 Fracc. idud Valles SLP		31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11102015 Día Mes Año

MF18