



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

Modelo 2015
FOLIO
150874087

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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 SUS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Mantza Munillo Naiva. Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
2. CURP MUNM900811MSPRVRO9		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO 50.00 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.60 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 11/08/1990 Día Mes Año			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más 25 Años cumplidos Se ignora ☐ 9			
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) La Mora #13 El Zacatón Villa de Ramos 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Villa de Ramos 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 Arra de casa 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: 2412087639-1	
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		15.1 Nombre de la unidad médica: Hospital General Zacatecas 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Circuito Ciudad Gobierno #40 Ciudad Gobierno Zacatecas. 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Zacatecas Zacatecas 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13/10/2015 02:35 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 24 horas. 24 horas. 4 días. 2 años.	
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) Choque mixto Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome hemorrágico Debido a (o como consecuencia de) c) Lesión renal aguda. Debido a (o como consecuencia de) d) Linfoma no Hodgkin. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		Uso exclusivo del personal codificador 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		Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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	
24. NOMBRE Ector Munillo Ortiz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Papa	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			



4087