



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

Modelo 2015  
FOLIO

150894074

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 LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Ma Candelaria Vazquez</b> Nombre(s) Apellido paterno <b>Avila</b> Apellido materno			
2. CURP <b>VIAAC720829MSPZVN09</b> Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO <b>40.00</b> Kilogramos Gramos	7. TALLA <b>1.52</b> Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO <b>29/08/1972</b> 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 Años cumplidos <b>043</b> Se ignora <input type="radio"/> 09		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"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Av San Luis 170 Loc Salitrillo</b> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <b>Mexquitic de carmona</b> 11.4 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Comerciante</b> Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>411389057854F19720R</b>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input checked="" type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 Hospital General Com No. 2 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Av Cuauhtemoc y Benigno Arriaga s/n Col. Centro</b> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <b>San Luis Potosí</b> 16.4 Municipio o delegación <b>San Luis Potosí</b> 16.5 Entidad federativa			

DE LA DEFUNCIÓN

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>03/01/2016 15:55</b> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>Choque hipovolémico</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Sangrado de tubo digestivo alto</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Cáncer vesícula biliar</b> Debido a (o como consecuencia de) d) _____ <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>2 días</b> <b>1 semana</b> <b>4 meses</b> Código CIE Uso exclusivo del personal codificador	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 08 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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 <b>Rosset Yaneth Pérez</b> Nombre(s) Apellido paterno <b>Vazquez</b> Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hija</b>	

94074