



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

00 461
FOLIO
160613533

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN, SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ma Francisca Vazquez Mireles Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
	2. CURP	3. SEXO Se ignora ☐ Hombre ☒ Mujer ☐
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐
	6. PESO 81.1000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.65 Metros Centímetros
DEL FALLECIDO	8. FECHA DE NACIMIENTO 10/4/82 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 33 Se ignora ☐	
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Vuelto(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☒ Se ignora ☐	
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Matamoros 205 La Campana La Campana 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Mexiquita de Carmona San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
DEL FALLECIDO	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☒ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐	
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ Ama de casa	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐	
	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2414028820	
DE LA DEFUNCIÓN	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Hospital General de Soledad 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Prolongación Valentín Amador No 1112 Esq. calle Flor Col. River Guillen 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Soledad de Graciano Sánchez San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13/07/2016 12:05 Día Mes Año Horas Minutos	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐	
DE LA DEFUNCIÓN	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Acidosis Metabólica Severa Debido a (o como consecuencia de) b) Oclusión Intestinal Debido a (o como consecuencia de) c) Leucemia Aguda Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE P990 K566 C950	
	22. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☒	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐	
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
DEL INF.	24. NOMBRE Nicolas Garcia Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo	
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☒	
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 5818175	
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Regina Alejandra Tiscareño Robles Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
	29. TELÉFONO	
	30. DOMICILIO Prolongación Valentín Amador 1112 Esq. calle Flor Col. River Guillen Soledad de Graciano Sánchez 31. FIRMA	
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 00 33.1 Acta Núm. 75	
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD