



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160614868

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Lucero Lizeth Hernández Ramírez	Apellido paterno	Apellido materno
		2. CURP Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99
		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO 40 Kilogramos	7. TALLA Metros . Centímetros
		8. FECHA DE NACIMIENTO 27052002 Día Mes Año		
DE LA DEFUNCIÓN		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	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"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Venustiano Carranza 16 Fraccionamiento Milpillas San Luis Potosí 11.2 Colonia 11.1 Calle y número 11.3 Localidad Mexquitic de Carmona 11.4 Municipio o delegación	
		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 01 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 type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL Estudiante Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input 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	
		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada Hospital Central. 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)	
		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Venustiano Carranza 2395 Universitaria San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.4 Municipio o delegación	16.3 Localidad San Luis Potosí 16.5 Entidad federativa	
		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21022016 18:30 Dia Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	
		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 90 minutos.	
		a) Chocque mixto. Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d)	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE R57-8	
		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Hepatomegalia en estudio.	R16-0	
		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 1 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuve 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
		22.4 Uso exclusivo del personal codificador Código CIE	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
DE LOS INF.		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 99 Se ignora <input type="radio"/> 99	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 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	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	
DE LOS INF.		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.4 Municipio o delegación	23.7.3 Localidad 23.7.5 Entidad federativa	
DE LOS INF.		24. NOMBRE Reyes Hernández Ramírez Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	

ENREGISTRE EL ORIGINAL, LA 1^{ra} COPIA (ROSA) Y LA 2^{da} COPIA (BLANCA) EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS
DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1^{ra} COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI