



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

Modelo 2016

FOLIO

160616021

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Sonia Guadalupe Torres</u> <u>Cerdas</u> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP	3. SEXO <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO <u>005</u> <u>000</u> Kilogramos Gramos	7. TALLA <u>9</u> <u>99</u> Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>09</u> <u>11</u> <u>20</u> <u>15</u> 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 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>019060252</u>		10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>Benito Juárez N° 25</u> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia <u>Anáhuac del Sonido 13</u> 11.4 Municipio o delegación		11.3 Localidad <u>El Salto</u> <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 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 type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Benito Juárez N° 25</u> <u>Anáhuac</u> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.4 Municipio o delegación		16.3 Localidad <u>El Salto</u> <u>S.L.P.</u> 16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17</u> <u>01</u> <u>20</u> <u>16</u> <u>04</u> <u>30</u> Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>16 días</u> Uso exclusivo del personal codificador Código CIE
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) <u>Neumonía Adquirida en la Comunidad</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u> Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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 <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99 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		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?
24. NOMBRE <u>Raúl</u> <u>Torres</u> <u>Quñones</u> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>