



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160616051

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1^a COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		EDWIN YAHIR		DE LA ROSA	OLIVARES
		Nombre(s)		Apellido paterno	Apellido materno
2. CURP				3. SEXO	4. NACIONALIDAD
				Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5 . 9 0 0 Kilogramos		59 Centímetros	2 3 0 8 2 0 1 5 Dia Mes Año
9. EDAD		Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días
CUMPLIDA				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		Se ignora <input type="radio"/>	
0 1 9 0 1 4 8 6 4 3		En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11. RESIDENCIA HABITUAL		Avenida HIMNO NACIONAL 35		LA SAUCEDA VILLA DE ZARAGOZA	
		11.1 Calle y número		11.2 Colonia 11.3 Localidad	
		VILLA DE ZARAGOZA		SAN LUIS POTOSÍ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11.4 Municipio o delegación					
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
		Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2407639128	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica	
		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		AVENIDA HIMNO NACIONAL 35		LA SAUCEDA VILLA DE ZARAGOZA	
		16.1 Calle y número		16.2 Colonia 16.3 Localidad	
		VILLA DE ZARAGOZA		SAN LUIS POTOSÍ 16.5 Entidad federativa	
16.4 Municipio o delegación					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		1 8 0 1 2 0 1 6 0 7 : 5 0		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
		Dia	Mes	Año	Horas Minutos
		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		PARTE I		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		INSUFICIENCIA RESPIRATORIA		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Debido a (o como consecuencia de)			
{		BRONCOASPIRACIÓN			
b)		Debido a (o como consecuencia de)			
c)		INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA			
d)		Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		43 días a 11 meses <input type="radio"/> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
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		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
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		LORENZA		ALMENDARIZ MENDEZ	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)				ABUELA PATERNAL	
26. CERTIFICADA POR				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	