



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016

FOLIO

160616098

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) PULCE MARIANA CUELLE MARTINEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
2. CURP DAWDI50626MSPVRKLA4 Se ignora ☐ 99		3. SEXO Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09		6. PESO 004.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 0.64 Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO 26062015 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: 07 Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos Se ignora ☐ 09			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 8499971		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 06 Divorciado(a) ☐ 03 Viudo(a) ☐ 02 Soltero(a) ☒ 01 Casado(a) ☐ 05 Se ignora ☐ 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) CONOCIDO 11.1 Calle y número: VILLA DE REYES 11.2 Colonia: RODRIGO 11.3 Localidad: SAN LUIS POTOSÍ 11.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):			
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☒ 01 ISSSTE ☐ 03 SEDENA ☐ 05 Seguro Popular ☐ 07 Otra ☐ 08 IMSS ☐ 02 PEMEX ☐ 04 SEMAR ☐ 06 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 PEMEX ☐ 05 SEMAR ☐ 07 Unidad médica privada ☐ 09 IMSS Oportunidades ☐ 02 ISSSTE ☐ 04 SEDENA ☐ 06 Otra unidad pública ☐ 08		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CONOCIDO 16.1 Calle y número: VILLA DE REYES 16.2 Colonia: RODRIGO 16.3 Localidad: SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 16.5 Entidad federativa:			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 02022016 06:00 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 01 No ☒ 02		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) NEURONIA FOLICULAR Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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 J18.9		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 Calle o carretera (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicios ☐ 05 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:	
24. NOMBRE ALMA DELIA MARTINEZ PEREZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MADRE	

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

DEL INF.

