



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160616181

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **MARIA TERESA FRANCO TISCAREÑO**
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

2. CURP **FATT661016MZSR5R00** 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 **065.500**
Kilogramos Gramos

7. TALLA **1.58**
Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO **11/6/10/1966**
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 **049** Años cumplidos Se ignora 09

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____

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)
CALLE MATAMOROS # 24 SAN MARCOS SALITRAL DE CARRERA
11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad
VILLA DE RAMOS SAN LUIS POTOSÍ
11.4 Municipio o delegación 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 **HOGAR** Se ignora 99
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 **2407600643**

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA 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) _____
Vía pública 10 Otro lugar 12
Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN **CALLE MATAMOROS #24 SAN MARCOS SALITRAL DE CARRERA**
16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad
VILLA DE RAMOS SAN LUIS POTOSÍ
16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN **08/01/2016 06:30**
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) **SEPSIS BACTERIANA** Debido a (o como consecuencia de) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte **3 días** Uso exclusivo del personal codificador Código CIE **A49.9**

Causas antecedentes
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) **ÚLCERA VARICOSA INFECTADA** Debido a (o como consecuencia de) **8 años** **183.2**

c) **INSUFICIENCIA VENOSA** Debido a (o como consecuencia de) **20 años** **187.2**

d) _____

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

DIABETES MELLITUS TIPO II **1 mes** **E14.9**

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
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

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE **A49.9**

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 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02 Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Área deportiva 03 Calle o carretera (vía pública) 04 Área comercial o de servicios 05 Se ignora 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: _____

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 **HILDA ARELY AREVALO FRANCO**

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____

EN REGISTRE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA ENTREGARLA AL INEGI 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