



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 FAT T 66 1 0 1 G M Z S R S R 0 0 Se ignora <input type="radio"/> 099		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO 0.65 . 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 Años cumplidos 049 Se ignora <input type="radio"/> 09			
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"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 099 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL HOGAR Se ignora <input type="radio"/> 099 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 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"/> 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2407600643	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 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)		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 099	
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 <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
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 Uso exclusivo del personal codificador	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) SEPSIS BACTERIANA Debido a (o como consecuencia de) b) ÚLCERA VARICOSA INFECTADA Debido a (o como consecuencia de) c) INSUFICIENCIA VENOSA Debido a (o como consecuencia de) d) DIABETES MELLITUS TIPO II PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		3 días 8 años 20 años 1 mes Código CIE A49.9 183.2 187.2 E14.9	
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 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo 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		Uso exclusivo del personal codificador 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE A49.9	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 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	
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)	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

EN REGISTRO 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 CONSERVAR 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