



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2015

FOLIO

160616408

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Juana María Nombre(s)		Apellido paterno Sicura		Apellido materno Estrada	
2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO Kilogramos		7. TALLA Metros	
SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		Gramos		Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 02021985		9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL	
Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para menores de un mes Días	
11. RESIDENCIA HABITUAL 20 NOVIEMBRE #112 11.1 Calle y número Juana María Del Río		11.2 Colonia Guadalupeur.		11.3 Localidad San Luis Potosí	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 2 Secundaria <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input checked="" type="radio"/> 2 No Se ignora <input type="radio"/> 99		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					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		14.1 Número de seguridad social o afiliación			
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					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
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		15.1 Nombre de la unidad médica		Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 20 NOVIEMBRE #112 16.1 Calle y número Juana María Del Río		16.2 Colonia Guadalupeur.		16.3 Localidad San Luis Potosí	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28 03 2016 01:00 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal calificador Código CIE	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		a) Infarto Agudo de Miocardio.		I21.9	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		b) Ocasional 2016-04.		E66.8	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		c) Debido a (o como consecuencia de)			
		d) Debido a (o como consecuencia de)			
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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 estuve 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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
				Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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(a) 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 Nicanor		Apellido paterno ESTRADA		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Agocha.	