



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

MUNDO 2010

FOLIO

160616410

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^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 ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO		<p>1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) IRENE Nombre(s)</p> <p>Apellido paterno Velazquez</p> <p>Apellido materno Loecono</p> <p>2. CURP Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>6. PESO Kilogramos Gramos</p> <p>7. TALLA Metros Centímetros</p> <p>8. FECHA DE NACIMIENTO 18091969</p> <p>9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más Minutos Horas Días Meses Años cumplidos</p> <p>10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Conocido</p> <p>11.1 Calle y número SANTA YACINTA DEL RIO</p> <p>11.2 Colonia Conjunto de YANZOS</p> <p>11.4 Municipio o delegación JANOS</p> <p>11.5 Localidad SAN LUIS POTOSI</p> <p>12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p>Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10</p> <p>13. OCUPACIÓN HABITUAL 4000</p> <p>14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD 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</p> <p>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</p> <p>14.1 Número de seguridad social o afiliación</p> <p>15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 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</p> <p>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8</p> <p>15.1 Nombre de la unidad médica</p> <p>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p>16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Conocido</p> <p>16.1 Calle y número SANTA YACINTA DEL RIO</p> <p>16.2 Colonia Conjunto de YANZOS</p> <p>16.3 Localidad SAN LUIS POTOSI</p> <p>16.4 Municipio o delegación</p> <p>16.5 Entidad federativa</p> <p>17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 30032016 01:00</p> <p>Día Mes Año Horas Minutos</p> <p>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"/> 9</p> <p>19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2</p> <p>20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Impacto de avion de aereo en 2010.</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionando en el último lugar la causa básica</p> <p>b) Cirrosis Hepatica.</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p>21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I21.9</p> <p>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"/> 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</p> <p>22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2</p> <p>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"/> 9</p> <p>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9</p> <p>23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? K74.6</p> <p>23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:</p> <p>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión</p> <p>23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión</p> <p>23.7.1 Calle y número</p> <p>23.7.2 Colonia</p> <p>23.7.3 Localidad</p> <p>23.7.4 Municipio o delegación</p> <p>23.7.5 Entidad federativa</p> <p>24. NOMBRE Bentro</p> <p>Nombre(s)</p> <p>Apellido paterno Velazquez</p> <p>Apellido materno Loecono</p> <p>25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hermano.</p> <p>26. CERTIFICADA POR</p>									
---------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--