



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2018
FOLIO

160616684

may 04 2016

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) MAGDALENA Apellido paterno MARTINEZ Apellido materno RIOS			
2. CURP MAR 67 11 12 12 MSP R S D O 3		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO 50.000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1.52 Metros Centímetros
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día: Minutos Para menores de un mes: Horas Para menores de un año: Días Para personas de un año o más: Meses Años cumplidos 44 Se ignora ☐ 9		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 1 Separado(a) ☐ 2 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 4 Soltero(a) ☐ 5 Casado(a) ☒ 6 Se ignora ☐ 9			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a): 11.1 Calle y número BLAZ ESQUINERÍA #36 11.2 Colonia GUADALUPE 11.3 Localidad CERRITOS 11.4 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSÍ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 3 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 4 Profesional ☐ 5 Se ignora ☐ 9 Preescolar ☐ 6 Primaria completa ☐ 7 Secundaria completa ☐ 8 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 9 Posgrado ☐ 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL AMA DE CASA Se ignora ☐ 9 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 2 SEDENA ☐ 3 Seguro Popular ☐ 4 Otra ☐ 5 IMSS ☐ 6 PEMEX ☐ 7 SEMAR ☐ 8 IMSS Oportunidades ☐ 9 Se ignora ☐ 10		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 3 SEMAR ☐ 4 Unidad médica privada ☐ 5 IMSS Oportunidades ☐ 6 ISSSTE ☐ 7 SEDENA ☐ 8 Otra unidad pública ☐ 9		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número BLAZ ESQUINERÍA #36 16.2 Colonia GUADALUPE 16.3 Localidad CERRITOS 16.4 Municipio o delegación SAN LUIS POTOSÍ 16.5 Entidad federativa		16.6 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 10 Mes 03 Año 2016 Horas 16 Minutos 00		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) FAJLA ORGANICA MULTIPLE Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTES II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: Cancer de ovario	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE R688		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE C56X	
23.1 Fue un presunto accidente ☐ 1 homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 1 Área deportiva ☐ 2 Calle o carretera (vía pública) ☐ 3 Escuela u oficina pública ☐ 4 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 892427	
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 FRANCISCO DE LEON BARRERA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ESPOSO		26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 892427 Número de la cédula profesional		28. NOMBRE ARTURO LEEJA TOBIAS Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO 486 86 3 3874		30. DOMICILIO JUAREZ NO 37 COL CENTRO		31. FIRMA	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 10 Mes 03 Año 2016		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. Libro Num.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 35.1 Localidad		36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 36.1 Localidad	

160616684