SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO 160616692

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO 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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
(RN Femenino) Nombre(s): VALENTINA. Apellido paterno: VELAZQUEZ. Apellido materno: FLORES

2. CURP: Se ignora [X] 99

3. SEXO: Hombre ○ 1 Mujer [X] 2 Se ignora ○ 9

4. NACIONALIDAD: Mexicana [X] 1 Otra ○ 2 Se ignora ○ 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: Sí ○ 1 No [X] 2 Se ignora ○ 9

6. PESO: 002.800 (Kilogramos / Gramos)

7. TALLA: 0.49 (Metros / Centímetros)

8. FECHA DE NACIMIENTO: 07 01 2016 (Día / Mes / Año)

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora ___ Minutos; Para menores de un día ___ Horas; Para menores de un mes 25 Días; Para menores de un año ___ Meses; Para personas de un año o más ___ Años cumplidos; Se ignora ○ 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 0190577931

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre ○ 4 Separado(a) [X] 6 Divorciado(a) ○ 3 Viudo(a) ○ 2 Soltero(a) ○ 1 Casado(a) ○ 5 Se ignora ○ 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
11.1 Calle y número: CALLE DEL KINDER S/N
11.2 Colonia: POR EL CAPO DEL ARROYO.
11.3 Localidad: AGUACATILLOS.
11.4 Municipio o delegación: RAYÓN
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): SAN LUIS POTOSÍ

12. ESCOLARIDAD: Ninguna [X] 1 Primaria incompleta ○ 2 Secundaria incompleta ○ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ○ 11 Profesional ○ 7 Se ignora ○ 99 Preescolar ○ 12 Primaria completa ○ 3 Secundaria completa ○ 5 Bachillerato o preparatoria completa ○ 6 Posgrado ○ 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL: NINGUNA. Se ignora ○ 99
13.1 Trabajaba: Sí ○ 1 No [X] 2 Se ignora ○ 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ○ 1 ISSSTE ○ 3 SEDENA ○ 5 Seguro Popular [X] 7 Otra ○ 8 IMSS ○ 2 PEMEX ○ 4 SEMAR ○ 6 IMSS Oportunidades ○ 10 Se ignora ○ 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación: 24120552 79-4

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud ○ 1 IMSS ○ 3 PEMEX ○ 5 SEMAR ○ 7 Unidad médica privada ○ 9 IMSS Oportunidades ○ 2 ISSSTE ○ 4 SEDENA ○ 6 Otra unidad pública ○ 8 Vía pública ○ 10 Otro lugar ○ 12 Hogar [X] 11 Se ignora ○ 99
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: CALLE DEL KINDER S/N.
16.2 Colonia: POR EL CAPO DEL ARROYO.
16.3 Localidad: AGUACATILLOS.
16.4 Municipio o delegación: RAYÓN
16.5 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSÍ

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: 02 02 2016 02:00 (Día / Mes / Año / Horas / Minutos)

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?: Sí [X] 1 No ○ 2 Se ignora ○ 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?: Sí ○ 1 No [X] 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 codificador: Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	a) ASFIXIA POR BRONCOASPIRACION	5 MIN	P249
Debido a (o como consecuencia de)			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) BRONCONEUMONIA AGUDA.	6 hr	J180.
Debido a (o como consecuencia de)			
	c) INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS	72 hr	J22X
Debido a (o como consecuencia de)			
	d)		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

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

Uso exclusivo del personal codificador
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: J22X

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
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 ○ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ○ 1 Escuela u oficina pública ○ 2 Área deportiva ○ 3 Calle o carretera (vía pública) ○ 4 Área comercial o de servicios ○ 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) ○ 6 Granja (rancho o parcela) ○ 7 Otro ○ 8 Se ignora ○ 9
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