



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160617001

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

MARIALITA MORELOS

MEDINA

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

MOMM6911104MSPRDR06 Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO

41 Kilogramos

7. TALLA

148 Metros

8. FECHA DE NACIMIENTO

04 11 1969 Dia Mes Año

Metros

Centímetros

Dia

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

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

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 4 Separado(a) 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)

EMILIANO ZAPATA 35

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

EL MECQUITAL

11.3 Localidad

SANTA CATALINA

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 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 Se ignora 9

13. OCUPACIÓN HABITUAL

HOJAR

Se ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 Se ignora 99

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

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

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10 Otro lugar 12

Hogar 11 Se ignora 99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

EMILIANO ZAPATA 35

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

EL MECQUITAL

16.3 Localidad

SANTA CATALINA

16.4 Municipio o delegación

SAN LUIS POTOSÍ

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

13 10 2016 17:00:00 Día Mes Año Horas Minutos

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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) **TUBERCULOSIS PULMONAR**

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

4 MESES

A162

b) **NEFITIS TUBULointersticial aguda**

Debido a (o como consecuencia de)

3 MESES

N10

c) 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 morbo 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 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 Sí 1 No 2

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 Sí 1 No 2

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

A1162

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Accidente 1 Vivienda colectiva 0 Calle o carretera 4

Homicidio 2 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5

Suicidio 3 Se ignora 9 Se ignora 9 Área industrial (taller, fábrica u oficina) 6

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Granja (rancho o parcela) 7

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

MACEDONIO

Nombre(s)

MALINCHÉ

Apellido paterno

MAR

Apellido materno

ESPOSO

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

6119580

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

MIGUEL ANGEL GARCÍA JACINTO

Nombre(s)

MALINCHÉ

Apellido paterno

MAR

Apellido materno

TELÉFONO

30. DOMICILIO

LUIS DONALDO COLOSIO S/N

SAN LUIS, SANTA CATALINA, SLP.

C.P. 77990

meleury

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

04/02/2016

Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. **00007**, Libro Núm. **05**

33.1 Acta Núm. **00007**

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad **SANTA CATALINA**

34.2 Municipio o delegación **031 SAN LUIS POTOSÍ**

34.3 Entidad federativa **24 09 02 2016**

34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS 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

160617001