



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2016  
FOLIO

160618516

ANTES DE LLÉNAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

laura  
Nombre(s)

garcía  
Apellido paterno

herreñez  
Apellido materno

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES  
Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG.  
CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. CURP

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí  No  Se ignora  9

9. EDAD

CUMPLIDA

Para menores

de una hora

Minutos

Para menores

de un día

Horas

Para menores

de un mes

Días

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

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre  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)

sin nombre

11.1 Calle y número

tamarunchale

11.2 Colonia

tezontla

11.3 Localidad

san luis potosi

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

cuna de casa

Se ignora  9

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

IMSS  2 PEMEX  4 SEMAR  6 IMSS Oportunidades  10

Se ignora  99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna  1 ISSSTE  3 SEDENA  5 Seguro Popular  7 Otra  8

IMSS  2 Oportunidades  4 SEMAR  6 IMSS Oportunidades  10

Se ignora  99

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud  1 IMSS  3 PEMEX  5 SEMAR  7 Unidad médica privada  9 hospital rural #441 zacatipan

IMSS  2 Oportunidades  4 SEDENA  6 Otra unidad pública  8

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

cauvereta a san matua km3 zacatipan

16.1 Calle y número

tezontla

16.2 Colonia

20. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

16.3 Localidad

san luis potosi

16.4 Municipio o delegación

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

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

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

a) infarto agudo al miocardio

Debido a (o como consecuencia de)

b) edema agudo pulmonar

Debido a (o como consecuencia de)

c) hipertensión arterial

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

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

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí  1 No  2

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular  0

Área industrial (taller, fábrica u obra)  6

Granja  7

Otro  8

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

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

celledonio

Nombre(s)

gerez

Apellido paterno

campos

Apellido materno

esposo

Número de la cédula profesional

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

7a07484

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE

francisco roberto

Nombre(s)

lucero

Apellido paterno

herederos

Apellido materno

29. TELÉFONO

sin numero

30. DOMICILIO

cauvereta a san matua

km3. ejido zacatipan, tamazunchale

san luis potosi, mexico.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

20 02 2017

Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

Núm. 01

Libro Núm. 05

33.1 Acta Núm. 96

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad Tamazunchale

34.2 Municipio o delegación Tamazunchale

34.3 Entidad federativa San Luis Potosí

34.4 Día Mes Año 12 10 2017

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

160618516