



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160618516

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) laura garcía hernández Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
	2. CURP GAHL710223MSPR2204 Se ignora <input type="radio"/>	
	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DEL FALLECIDO	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	6. PESO 67.000 Kilogramos Gramos	
	7. TALLA 1.55 Metros Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO 23/02/1971 Día Mes Año	
DEL FALLECIDO	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: 45 Minutos Para menores de un día: 45 Horas Para menores de un mes: 45 Días Para menores de un año: 45 Meses Para personas de un año o más: 45 Años cumplidos	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 160618516	
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número: sin nombre 11.2 Colonia: tamazunchale 11.3 Localidad: tezontla 11.4 Municipio o delegación: san luis pototsi 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): san luis pototsi	
DEL FALLECIDO	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> ama de casa	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14.1 Número de seguridad social o afiliación: 2F-1971-55	
DE LA DEFUNCIÓN	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	
	15.1 Nombre de la unidad médica: hospital rural #41 zacatipán 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): SP1M0001461	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: carrtera a san martha km3 16.2 Colonia: tamazunchale 16.3 Localidad: zacatipán 16.4 Municipio o delegación: san luis pototsi 16.5 Entidad federativa: san luis pototsi	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/02/2017 11:30 Día Mes Año Horas Minutos	
DE LA DEFUNCIÓN	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) 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) causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 1	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>	
	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 celedonio perez campos Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
DEL CERTIFICANTE	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) esposo	
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 2207454 Número de la cédula profesional	
	28. NOMBRE francisco roberto martínez medellín Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
DEL REG. CIVIL	29. TELÉFONO sin número	
	30. DOMICILIO carrtera a san martha km3, ejido zacatipán, tamazunchale, san luis pototsi, México.	
	31. FIRMA [Firma]	
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 20/02/2017 Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA 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: S.L.P. 34.4 Día Mes Año: 21/02/2017	

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