



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2016
FOLIO

160618833

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Recien Naido Nombre(s)		Nombre(s) Nicolor		Apellido paterno Antonio		Apellido materno	
2. CURP		Se ignora <input checked="" type="radio"/>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO 003.100 Kilogramos Gramos		7. TALLA 0.5 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 09032016 Día 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	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 019077641		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input checked="" 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 11.2 Colonia 11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria <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 checked="" type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> 13. Ocupación habitual 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación 3M 2016 SS IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
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"/> 15.1 Nombre de la unidad médica		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Colonia San Martín Km 3 Tancuachate		16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Zacatlán San Luis Potosí		16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09032016 02:50 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 18.1 Atención médica Asfixia Perinatal Debido a (o como consecuencia de) Bebé muerto Debido a (o como consecuencia de) Síndrome fetal agudo Debido a (o como consecuencia de) Meconiopielocele Debido a (o como consecuencia de)		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 19.1 Necropsia Intervalo aproximado entre el tránsito de la enfermedad y la muerte 18 días		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada sección. 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 anterior, mencionándose en el último lugar la causa básica	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		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"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? IMSS		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENCA, 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"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) 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 Lidia Nombre(s)		Apellido paterno Antonio		Apellido materno Morales		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> 26.1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 26.2 Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 08711801 Número de la cédula profesional		28. NOMBRE Yazmín Nombre(s)		29. TELÉFONO López Apellido paterno Vargas Apellido materno		30. DOMICILIO Colonia San Martín Km 3, Zacatlán Tancuachate, San Luis Potosí	
31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09032016 Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Número Libro Número		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad	