



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

MIGRACIÓN 2010
FOLIO

160618886

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 SEMEFOS, ESTOS CONSERVARÁN LA 1^a COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.
LA INFORMACIÓN EN ÉSTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DE FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Maria Cecilia		Manuel		Nicolese	
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
2. CURP									
				Se ignora <input type="radio"/> 99					
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO			
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Kilogramos 64 Gramos		Metros 1.60 Centímetros		Día 24 Mes 11 Año 1969			
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas		Para mayores 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:				10. ESTADO CONYUGAL					
				En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)							
		Cerro Huatemoc #14		Chiconamel					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		SLP			
11.4 Municipio o delegación				11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
				Hogar					
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL					
		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		14.1 Número de seguridad social o afiliación					
		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		15.1 Nombre de la unidad médica					
		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8							
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Cerro Huatemoc #14		chiconamel		16.3 Localidad			
		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		SLP			
		Tampacan							
16.4 Municipio o delegación				16.5 Entidad federativa					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		09 10 32016 03:00		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
		Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 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		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
		a) Insuficiencia Renal Aguda Debido a (o como consecuencia de)							
		b) Debido a (o como consecuencia de)							
		c) Debido a (o como consecuencia de)							
		d) Debido a (o como consecuencia de)							
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo		Diabetes Mellitus tipo 2 9 años							
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		24. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Se ignora <input type="radio"/> 9		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		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									
24. NOMBRE		Jorge		Balderrós		Manuel		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		Hijo	
26. CERTIFICADA POR		Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
								4260733	
28. NOMBRE								Número de la cédula profesional	

60618886