



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO  
160619087

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br>Nombre(s) <u>Estela</u> Apellido paterno <u>Peña</u> Apellido materno <u>Bueno</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 2. CURP<br><u>P E B E 6 5 1 2 2 6 M S P X N S 0 7</u> Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3. SEXO<br>Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 | 4. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 6. PESO<br><u>43</u> Kilogramos <u>600</u> Gramos                                                                       | 7. TALLA<br><u>1.48</u> Metros <u>48</u> Centímetros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 8. FECHA DE NACIMIENTO<br><u>26</u> Día <u>12</u> Mes <u>1965</u> Año |                                                                                                                                  |
| 9. EDAD CUMPLIDA<br>Para menores de una hora: <u>    </u> Minutos<br>Para menores de un día: <u>    </u> Horas<br>Para menores de un mes: <u>    </u> Días<br>Para menores de un año: <u>    </u> Meses<br>Para personas de un año o más: <u>52</u> Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         | 10. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                         | 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)<br><u>12 de octubre 400</u> 11.1 Calle y número <u>Tamazunchale</u> 11.2 Colonia <u>Tamazunchale</u> 11.3 Localidad <u>Tamazunchale</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)                                                                     |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 12. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99<br>Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10                                                                                                     |                                                                                                                         | 13. OCUPACIÓN HABITUAL<br><u>ama de casa</u> Se ignora <input type="radio"/> 99<br>13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08<br>IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                         | 14.1 Número de seguridad social o afiliación<br><u>2403042238-1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN<br>Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09<br>IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         | 15.1 Nombre de la unidad médica<br>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)<br>15.3 Localidad <u>Tamazunchale</u> 15.4 Entidad federativa <u>Tamazunchale</u>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br><u>12 de octubre 400</u> 16.1 Calle y número <u>Tamazunchale</u> 16.2 Colonia <u>Tamazunchale</u> 16.3 Localidad <u>Tamazunchale</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 16.5 Entidad federativa <u>Tamazunchale</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><u>12</u> Día <u>02</u> Mes <u>20</u> Año <u>17</u> Horas <u>17</u> Minutos <u>45</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)<br>PARTE I<br>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente<br>a) <u>infarto agudo al miocardio</u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>b) <u>    </u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>c) <u>    </u><br>Debido a (o como consecuencia de)<br>d) <u>    </u><br>PARTE II<br>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo<br><u>diabetes mellitus</u> |                                                                                                                         | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte<br><u>6 años</u><br>Código CIE <u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03<br>43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         | 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 |
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>23.1 Fue un presunto<br>Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09<br>23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br>Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         | 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br>Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03<br>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04<br>Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09 |                                                                       | 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?<br><u>hijo</u>                                           |
| 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br><u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         | 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión<br><u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión<br>23.7.1 Calle y número <u>    </u> 23.7.2 Colonia <u>    </u> 23.7.3 Localidad <u>    </u> 23.7.4 Municipio o delegación <u>    </u> 23.7.5 Entidad federativa <u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                         | 23.8 Descripción de la lesión<br><u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 24. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Severo</u> Apellido paterno <u>Hernandez</u> Apellido materno <u>Peña</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         | 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)<br><u>hijo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 26. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         | 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br><u>7907959</u> Número de la cédula profesional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 28. NOMBRE<br>Nombre(s) <u>Francisco Roberto</u> Apellido paterno <u>Martinez</u> Apellido materno <u>Medellin</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                         | 29. TELÉFONO<br><u>Sin numero</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 30. DOMICILIO<br><u>Carretera a San Martin Km 3. ejido zacatipan, Tamazunchale, San Luis Potosi</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         | 31. FIRMA<br><u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><u>16</u> Día <u>02</u> Mes <u>20</u> Año <u>17</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                         | 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u><br>33.1 Acta Núm. <u>85</u>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                       |                                                                                                                                  |
| 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>34.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> 34.2 Municipio o delegación <u>Tamazunchale</u> 34.3 Entidad federativa <u>S.L.P.</u> 34.4 Día <u>16</u> Mes <u>02</u> Año <u>2017</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         | 35. OBSERVACIONES<br><u>    </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                                                                                                                                  |

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