

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160619311

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

ANGELICA

IBARRA

ANDRES PNC

2. CURP

IAAAE800831MSPBHN06

Se ignora ☐ 99

3. SEXO

Hombre ☐ 1

Mujer ☒ 2

Se ignora ☐ 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana ☒ 1

Otra ☐ 2

Se ignora ☐ 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

SI ☐ 1

No ☒ 2

Se ignora ☐ 9

6. PESO

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

3/10/81

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

Para personas de un año o más

Años cumplidos

035

Se ignora ☐ 9

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

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre ☐ 4

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)

CALLE SECUNDARIA #245

11.1 Calle y número

AXTLA DE TERRAZAS

11.2 Colonia

JALPILLA

11.3 Localidad

SAN LUIS POTOSÍ

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

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

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba

SI ☐ 1

No ☒ 2

Se ignora ☐ 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐ 1

ISSSTE ☐ 3

SEDENA ☐ 5

Seguro Popular ☒ 7

Otra ☐ 8

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2402049060

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐ 1

IMSS ☐ 3

PEMEX ☐ 5

SEMAR ☐ 7

Unidad médica privada ☐ 9

IMSS Oportunidades ☐ 2

ISSSTE ☐ 4

SEDENA ☐ 6

Otra unidad pública ☐ 8

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública ☐ 10

Otro lugar ☐ 12

Hogar ☒ 11

Se ignora ☐ 99

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CALLE SECUNDARIA #245

16.1 Calle y número

AXTLA DE TERRAZAS

16.2 Colonia

JALPILLA

16.3 Localidad

SAN LUIS POTOSÍ

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

23/08/2016 08:40

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

SI ☒ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

SI ☐ 1

No ☒ 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) FALLA ORGANICA MULTIPLE

Debido a (o como consecuencia de)

b) CANCER METASTASICO A PULMONES

Debido a (o como consecuencia de)

c) COLANGIOCARCINOMA

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

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

1 HORA

6 MESES

1 AÑO

Uso exclusivo del personal codificador

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 ☐ 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?

SI ☐ 1

No ☐ 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI ☐ 1

No ☐ 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente ☐ 1

Homicidio ☐ 2

Suicidio ☐ 3

Se ignora ☐ 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI ☐ 1

No ☐ 2

Se ignora ☐ 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐ 0

Área deportiva ☐ 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1

Calle o carretera (vía pública) ☐ 4

Escuela u oficina pública ☐ 2

Área comercial o de servicios ☐ 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6

Granja (rancho o parcela) ☐ 7

Otro ☐ 8

Se ignora ☐ 9

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

JOSE

Nombre(s)

IBARRA

Apellido paterno

CRUZ

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Padre

EN EL REGISTRO ORIGINAL, LA 1ª 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.

Deped: ~~Fen~~ 14 12 16 Influence
Xulifa: #22 Hospital =
14 dec TOP ✓

(Pills)
(137 Negro to)