



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160619311

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

ANGELICA

Nombre(s)

IBARRA

Apellido paterno

ANORES

Apellido materno

2. CURP

IAAAE00831MSPBNNO6

Se Ignora 99

Hombre 1

Mujer 2

Se Ignora 9

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

Día **3**

Mes **10**

Año **80**

9. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

Días

Meses

Años cumplidos

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

CALLE SECUNDARIA #245

11.1 Calle y número

AXTLA DE TERRAZAS

11.4 Municipio o delegación

11.2 Colonia

JALPILLA

6.11.3 Localidad

SAN LUIS POTOSI

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 1

No 2

Se Ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

Otra 8

IMSS 2

PEMEX 4

SEMAR 6

IMSS Oportunidades 10

Se Ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2402049060

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 2

PEMEX 3

SEDENA 5

SEMAR 7

Unidad médica privada 9

Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica

Vía pública 10

Otro lugar 12

Hogar 11

Se Ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CALLE SECUNDARIA #245

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

JALPILLA

16.3 Localidad

SAN LUIS POTOSI

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

23082016

Día 2

Mes 08

Año 16

Horas 08

Minutos 40

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

SI 1

No 2

Se Ignora 99

SI 1

No 2

19. ¿SE PRÁCTICO 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, astenia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) **FALLA ORGÁNICA MULTIPLE**

Debido a (o como consecuencia de)

b) **CÁNCER METASTÁSICO A PULMONES**

Debido a (o como consecuencia de)

c) **COLAN GIOCARCINOMA**

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

1 HORA

6 MESES

1 AÑO

PARTE II

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

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

parto o puerperio? 4

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

SI 1

No 2

Uso exclusivo del personal codificador Código CIE

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Vivienda particular 0

Área deportiva 3

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Accidente 1

Homicidio 2

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Calle o carretera (vía pública) 4

Otro 8

Suicidio 3

Se ignora 9

Escuela u oficina pública 2

Área comercial o de servicios 5

Se ignora 9

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

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?

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

DEL INF.

24. NOMBRE

JOSE

Nombre(s)

IBARRA

Anérgido paterno

CRUZ

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

Papa

Daped: Fcont 14 12 16 ✓
Influenza: *22 hospitals ✓
Xluffa: TOP
14 dec.

Top pills
eg Negri to