



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Modelo 2016

FOLIO

C 160619407

MP

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Alfonso Hernandez Gonzalez / 65+	Apellido paterno	Apellido materno		
	2. CURP HEIGIA401100SMISPRNLO7	Se ignora O <sub>99</sub>	3. SEXO Hombre O <sub>1</sub> Mujer O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>		
	4. NACIONALIDAD Mexicana O <sub>1</sub> Otra O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>	6. PESO 34.000 Kilogramos	7. TALLA 1.50 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 05 10 1990 Dia 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
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre O <sub>4</sub> Separado(a) O <sub>6</sub> Divorciado(a) O <sub>3</sub> Viudo(a) O <sub>2</sub> Soltero(a) O <sub>1</sub> Casado(a) O <sub>5</sub> Se ignora O <sub>9</sub>			
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Colle Mariano Escobedo 242	11.1 Calle y número Tamaulipas	11.2 Colonia	11.3 Localidad San Luis Potosí	
	11.4 Municipio o delegación	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
	12. ESCOLARIDAD Ninguna O <sub>1</sub> Primaria incompleta O <sub>2</sub> Secundaria incompleta O <sub>4</sub> Bachillerato o preparatoria incompleta O <sub>11</sub> Profesional O <sub>7</sub> Se ignora O <sub>99</sub>	13. OCUPACIÓN HABITUAL Arma de caza / Se ignora O <sub>99</sub>			
	Preescolar O <sub>12</sub> Primaria completa O <sub>3</sub> Secundaria completa O <sub>5</sub> Bachillerato o preparatoria completa O <sub>6</sub> Posgrado O <sub>10</sub>	13.1 Trabajaba Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>			
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna O <sub>1</sub> ISSSTE O <sub>3</sub> SEDENA O <sub>5</sub> Seguro Popular O <sub>7</sub> Otra O <sub>8</sub>	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2405045552-1			
IMSS O <sub>2</sub> PEMEX O <sub>4</sub> SEMAR O <sub>6</sub> IMSS Oportunidades O <sub>10</sub> Se ignora O <sub>99</sub>	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud O <sub>1</sub> IMSS O <sub>3</sub> PEMEX O <sub>5</sub> SEMAR O <sub>7</sub> Unidad médica privada O <sub>9</sub>				
IMSS Oportunidades O <sub>2</sub> ISSSTE O <sub>4</sub> SEDENA O <sub>6</sub> Otra unidad pública O <sub>8</sub>	15.1 Nombre de la unidad médica HRP No 44				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Colle Mariano Km3	16.2 Colonia	16.3 Localidad Zacatipan			
16.1 Calle y número Tamaulipas	16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa San Luis Potosí			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11 07 2016 04:10	17.1 Día 17.2 Mes 17.3 Año 17.4 Horas 17.5 Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub> Se ignora O <sub>9</sub>	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>		
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) Tuberculosis Pulmonar Debido a (o como consecuencia de)	b)	c)		
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	d)				
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE A 16 2	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo O <sub>1</sub> El parto O <sub>2</sub> El puerperio O <sub>3</sub> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>	22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? IMSS HR 14		
43 días a 11 meses después del parto o aborto O <sub>4</sub> No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O <sub>5</sub>					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente O <sub>1</sub> Homicidio O <sub>2</sub> Suicidio O <sub>3</sub> Se ignora O <sub>9</sub>	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí O <sub>1</sub> No O <sub>2</sub>	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular O <sub>0</sub> Área deportiva O <sub>3</sub> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) O <sub>1</sub> Calle o carretera (vía pública) O <sub>4</sub> Escuela u oficina pública O <sub>2</sub> Área comercial o de servicios O <sub>5</sub>	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? IMSS HR 14		
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 Alfonso Hernandez Nieto	Apellido paterno	Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nieto.		
26. CERTIFICADA POR Médico O <sub>1</sub> Médico legista O <sub>2</sub> Otro médico O <sub>3</sub> Persona autorizada por la Secretaría de Salud O <sub>4</sub> Autoridad civil O <sub>5</sub> Otro O <sub>8</sub>	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4644566 Número de la cédula profesional				
28. NOMBRE Mario Julian Vazquez Garcia	Apellido materno	29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO Colle Mariano Km3	31. FIRMA Erguez	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11 07 2016 Dia Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____	34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año			
33.1 Acta Núm. _____	34.2 Municipio o delegación				

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

 ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>a</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>a</sup> COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1<sup>a</sup> 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

160619407

