



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
160619407 **MR**

ENTREGUE EL 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

| | | |
|---|--|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Alfonsa Hernandez Gonzalez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | 65+ |
| 2. CURP HIE61A4011005MSPRNLO7 Se ignora <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 6. PESO 34.000 Kilogramos Gramos | | 7. TALLA 1.50 Metros Centímetros |
| 8. FECHA DE NACIMIENTO 05/10/1940 Día Mes Año | | 9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: 75 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/> | | 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle Mariano Escobedo 242 11.1 Calle y número 11.2 Colonia La Reforma Tamazunchale 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 <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> |
| 13. OCUPACIÓN HABITUAL Amo de casa Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |
| 14.1 Número de seguridad social o afiliación 2405045552-1 | | 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica HRP No 44 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calleteva San Martín Km3 16.1 Calle y número 16.2 Colonia Zacatipan Tamazunchale 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa | | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/07/2016 04:10 Día Mes Año Horas Minutos |
| 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> |

DE LA DEFUNCIÓN

| | | |
|---|--|--|
| 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) Tuberculosis Pulmonar Debido a (o como consecuencia de) b) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de) c) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de) d) <input type="text"/> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE A16L |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE A16L2 |

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

| | |
|---|--|
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? NIETA 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 | |
|---|--|

DEL INF.

| | |
|---|--|
| 24. NOMBRE Alfonsa Hernandez Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Nieta |
|---|--|

DEL CERTIFICANTE

| | | |
|---|--|---|
| 26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> | | 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4644566 Número de la cédula profesional |
| 28. NOMBRE Mario Julia Vazquez Garcia Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | 29. TELÉFONO |
| 30. DOMICILIO Calleteva San Martín Km3 Zacatipan Tamazunchale San Luis Potosí | | 31. FIRMA [Firma] |
| 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 11/07/2016 Día Mes Año | | |

DEL REG. CIVIL

| | | | |
|---|--|---|--|
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/> 33.1 Acta Núm. <input type="text"/> | | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <input type="text"/> 34.2 Municipio o delegación <input type="text"/> 34.3 Entidad federativa <input type="text"/> 34.4 Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> | |
|---|--|---|--|

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



160619407

