



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160619485

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, ESTOS DEBEN REMITIR AL INEGI ESTA 1ª COPIA

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ALMA LETICIA Nombre(s)		FERNANDEZ Apellido paterno		FERNANDEZ Apellido materno	
2. CURP F E M A 1 9 6 4 0 2 2 M S E R I L 0 1 1		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO 55.000 Kilogramos		7. TALLA 1.69 Metros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 12/20/91		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: 12 Meses		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 1 Separado(a) ☐ 2 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 4 Soltero(a) ☐ 5 Casado(a) ☐ 6 Se ignora ☐ 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número: AJUATE 15 11.2 Colonia: BARRIO AJUATE 11.3 Localidad: PERRATILLO 11.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero):					
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 3 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 4 Profesional ☐ 5 Se ignora ☐ 99		13. OCUPACIÓN HABITUAL AMA DE CASA 13.1 Trabajo: SI ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 2 SEDENA ☐ 3 Seguro Popular ☒ 4 IMSS ☐ 5 Oportunidades ☐ 6		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 2 SEMAR ☐ 3 Unidad médica privada ☐ 4			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: XILITLA 16.2 Colonia: SAN ANTONIO XALCAYO DE 16.3 Localidad: SAN LUIS POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación: SAN LUIS POTOSÍ 16.5 Entidad federativa:		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 14/08/2016 05:08			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		19. ¿SE PRÁCTICÓ 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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA b) ENCEFALOPATÍA ANÓXICO-ISQUÉMICA c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existieron 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		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE 26 MIN 2 MESES			
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		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 ☐ 1 Área deportiva ☐ 2 Calle o carretera (vía pública) ☐ 3 Área comercial o de servicios ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 5 Se ignora ☐ 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9			
24. NOMBRE SAINTELL Apellido paterno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) CONYUGE			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 9		27. Si EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 0201352			
28. NOMBRE HECTOR MIGUEL Nombre(s)		29. TELÉFONO			
30. DOMICILIO CARRETERA FEDERAL 120 XILITLA-JALPAN KM.260 XILITLA, S.L.P.		31. FIRMA			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 14/08/2016		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 33.1 Acta Núm.			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		34.2 Municipio o delegación			
34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTA 1ª COPIA AL INEGI. TRATÁNDOSE DE UN CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR LOS SEMEFO. ÉSTOS DEBEN REMITIR AL INEGI ESTA 1ª COPIA