



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

Modelo 2016
FOLIO

160621882

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Daily Magalone

Nombre(s)

Añelton

Apellido paterno

Loredo

Apellido materno

2. CURP

VALD1410721NISAVRLLA7 Se ignora 99

3. SEXO

Hombre 1

Mujer 2

Se ignora 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana 01

Otra 02

Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

SI 01

No 02

Se ignora 9

6. PESO

111 Kilogramos

1000 Gramos

7. TALLA

1 Metros

82 Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

12 Dia

10 Mes

2014 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 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 04

Separado(a) 06

Divorciado(a) 03

Viudo(a) 02

Soltero(a) 01

Casado(a) 05

Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Floros Magan No 13

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

Ejido

San

11.3 Localidad

12. ESCOLARIDAD

Ninguna 01

Primaria incompleta 02

Secundaria 04

Bachillerato o preparatoria incompleta 11

Profesional 07

Se ignora 99

Preescolar 012

Primaria completa 03

Secundaria completa 05

Bachillerato o preparatoria completa 06

Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

Ninguna

Se ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 01

ISSSTE 03

SEDENA 05

Seguro Popular 07

Otra 08

IMSS 02

PEMEX 04

SEMAR 06

IMSS Oportunidades 10

Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2410786594

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 01

IMSS 03

PEMEX 05

SEMAR 07

Unidad médica privada 09

Vía pública 10

Otro lugar 12

IMSS Oportunidades 02

ISSSTE 04

SEDENA 06

Otra unidad pública 08

15.1 Nombre de la unidad médica

Hogar 11

Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Floros Magan No 13

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

Ejido Puerto Zamora

16.3 Localidad

Col. San Juan Polozal

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

18.10.712016

17:10:00

Día 01

Mes 10

Año 16

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

Sí 01

No 02

Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 01

No 02

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)

Debido a (o como consecuencia de) Dehidratación severa

b)

Debido a (o como consecuencia de) Enfermedad diafragmática aguda

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

1586

1099

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 01

El parto 02

El puerperio 03

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

Sí 01

No 02

Sí 01

No 02

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

A0199

43 días a 11 meses después del parto o aborto 04

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05

Vivienda particular 00

Área deportiva 03

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01

Calle o carretera (vía pública) 04

Área comercial o de servicios 05

Se ignora 09

Área industrial (taller, fábrica u obra) 06

Granja (rancho o parcela) 07

Otro 08

Se ignora 09

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

Elsa

Loredo

Castro

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

Madre

26. CERTIFICADA POR

Médico tratante 01

Médico legista 02

Otro médico 03

Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04

Autoridad civil 05

Otro 08

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

4369963

Número de la cédula profesional

34. NOMBRE

Ara Cristina Gayoso

Apellido paterno

Apellido materno

29. TELÉFONO

4823780088

30. DOMICILIO

Miguel Hidalgo y Costilla s/n

número, Col. Villa Sac

de Cuauhtémoc, D.F.

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

18.10.712016

Día

Mes

Año

REG. JIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO