



SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016

FOLIO

160625293

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES

EL REVERSO

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS hábiles POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. 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)<br><b>Simon Salvador</b><br>Nombre(s) Apellido paterno                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Santiago</b><br>Apellido materno                                                                                                                                                         |                                                                                                                                   |
|                                  | 2. CURP<br><b>SI</b> <input type="radio"/> <b>No</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3. SEXO<br><b>Hombre</b> <input type="radio"/> <b>Mujer</b> <input type="radio"/>                                                                                                           | 4. NACIONALIDAD<br><b>Mexicana</b> <input type="radio"/> <b>Otra</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/> |
|                                  | 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br><b>No</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                             | 6. PESO<br><b>3.000</b><br>Kilogramos Gramos                                                                                                                                                | 7. TALLA<br><b>1.47</b><br>Metros Centímetros                                                                                     |
|                                  | 9. EDAD<br><b>3</b><br>Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para menores de un mes Días Para personas de un año o más Años cumplidos                                                                                                                                                                                                                             | 10. ESTADO CONYUGAL<br><b>En unión libre</b> <input type="radio"/> <b>Separado(a)</b> <input type="radio"/> <b>Divorcio</b> <input type="radio"/>                                           | 8. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>14/07/2016</b><br>Día Mes Año                                                                        |
| DE LA DEFUNCIÓN                  | 11. RESIDENCIA HABITUAL<br><b>Benito Juárez 65 Localidad Muhuatl</b><br>11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Muhuatl</b><br>11.3 Localidad                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   |
|                                  | 12. ESCOLARIDAD<br><b>Ninguna</b> <input type="radio"/> <b>Primaria incompleta</b> <input type="radio"/> <b>Secundaria incompleta</b> <input type="radio"/> <b>Bachillerato o preparatoria incompleta</b> <input type="radio"/> <b>Profesional</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/>                                                                           | 13. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Se ignora</b> <input type="radio"/>                                                                                                                            |                                                                                                                                   |
|                                  | 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br><b>IMSS</b> <input type="radio"/> <b>ISSSTE</b> <input type="radio"/> <b>SEDENA</b> <input type="radio"/> <b>Seguro Popular</b> <input type="radio"/> <b>Otra</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/>                                                                                                                     | 14.1 Número de afiliación<br><b>2415821</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |
|                                  | 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>Secretaría de Salud</b> <input type="radio"/> <b>IMSS</b> <input type="radio"/> <b>PEMEX</b> <input type="radio"/> <b>SEMAR</b> <input type="radio"/> <b>Unidad médica privada</b> <input type="radio"/> <b>Hospital General Cd. Valles</b> <input type="radio"/>                                                                           | 15.2 Clave Única de establecimientos de salud (CLUES)<br><b>Cd. Valles</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                   |
| MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS | 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Carretera Mex.-Laredo Km 7 Fracc. Oxitipa Cd. Valles</b><br>16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.4 Municipio o delegación                                                                                                                                                                                                                   | <b>Luis Potosí</b><br>16.3 Localidad 16.5 Entidad federativa                                                                                                                                |                                                                                                                                   |
|                                  | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>09/11/2016 09:00</b><br>Día Mes Año Horas Minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 18. ¿TUVO ATENCIÓN ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br><b>No</b> <input type="radio"/>                                                                                               |                                                                                                                                   |
|                                  | 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: asfixia, ahogamiento, etc.)<br><b>Encefalopatía hepática</b><br><b>Status epileptico</b><br><b>Neumonía comunitaria</b>                                                                                                                                                         | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br><b>No</b> <input type="radio"/>                                                                                                                              |                                                                                                                                   |
|                                  | 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:<br><b>El embarazo</b> <input type="radio"/> <b>El parto</b> <input type="radio"/> <b>El puerperio</b> <input type="radio"/> <b>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</b> <input type="radio"/>                                                   | 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?<br><b>No</b> <input type="radio"/>                                                                 |                                                                                                                                   |
| DEL CERTIFICANTE                 | 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>23.1 Fue un presunto<br><b>Accidente</b> <input type="radio"/> <b>Homicidio</b> <input type="radio"/> <b>Suicidio</b> <input type="radio"/> <b>Se ignora</b> <input type="radio"/>                                                                                                                                             | 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?<br><b>No</b> <input type="radio"/>                                                                                                             |                                                                                                                                   |
|                                  | 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión<br><b>Vivienda particular</b> <input type="radio"/> <b>Área deportiva</b> <input type="radio"/> <b>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</b> <input type="radio"/> <b>Calle o carretera (vía pública)</b> <input type="radio"/> <b>Escuela u oficina pública</b> <input type="radio"/> <b>Área comercial o de servicios</b> <input type="radio"/> | 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?<br><b>Se ignora</b> <input type="radio"/>                                                                           |                                                                                                                                   |
|                                  | 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:<br><b>23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que ocurrió la lesión</b>                                                                                                                                                                                                           | 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión<br>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<br><b>Cecilia Santiago Agustín</b><br>Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 25. ¿ARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)?<br><b>Abuela Materna</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                   |
| DEL CERTIFICANTE                 | 26. CERTIFICADA POR<br><b>Médico tratante</b> <input type="radio"/> <b>Médico legista</b> <input type="radio"/> <b>Otro médico</b> <input type="radio"/> <b>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</b> <input type="radio"/> <b>Autoridad civil</b> <input type="radio"/> <b>Otro</b> <input type="radio"/>                                                                        | 27. ¿ES MÉDICO?<br><b>No</b> <input type="radio"/>                                                                                                                                          |                                                                                                                                   |
|                                  | 28. NOMBRE<br><b>Rafael Guzmán Pecero</b><br>Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 29. ELÉFONO<br><b>132133</b>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |
| -REG. CIVIL                      | 30. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Oxitipa Mex.-Laredo Km 7, Fracc. San Luis Potosí</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 31. FIRMA<br><b>[Firma]</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |
|                                  | 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>09/11/2016</b><br>Día Mes Año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br><b>34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</b><br>34.1 Localidad: <b>[Lugar]</b>                                                           |                                                                                                                                   |