



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

FOLIO

160627025

EN REGISTRO 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, 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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Martin Felix Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP HEFM391112HSPRLPO3 Se ignora ☐ Si ☒ No ☐	
3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
6. PESO 44.500 Kilogramos Gramos	
7. TALLA 1.51 Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO 27/11/1939 Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA 76 Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Se ignora ☐	
11. RESIDENCIA HABITUAL Av. 1 de mayo #10 San Martin Escutilla San Luis Potosí 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☒ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☐ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Larnalera 13.1 Trabajaba ☒ No ☐ Se ignora ☐	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐ 14.1 Número de seguridad social o afiliación 2403007865-2	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☒ Se ignora ☐	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. 1 de mayo #10 San Martin Escutilla San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 30/09/2016 11:30 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☐	
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) <u>Paro Cardiorrespiratorio</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Fibrosis Pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Tuberculosis Pulmonar</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>10 min.</u> <u>15 días</u> <u>8 años</u> <u>8 años</u> Código CIE	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) 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 Maria Estela Hernández Cruz Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☒ Autoridad civil ☐ Otro ☐	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO C.P. 2587347 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE 11.1	
29. TELÉFONO	

160627025

