



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

Modelo 2016
FOLIO

160627086

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFOS, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1^a 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

MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		MARIA FRANCISCA HERNANDEZ		MARINEZ	
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP H E M F 7 4 0 8 0 6 M S R P 0 0 0 0		Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO 0 6 8 Kilogramos		7. TALLA 1 . 5 7 Metros	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		. 0 0 Gramos		8. FECHA DE NACIMIENTO 0 6 0 8 1 9 7	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora Minutos		Para menores de un día Horas	
10. ESTADO CONYUGAL		Para menores de un mes Días		Para menores de un año Meses	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
Juarez 07		11.1 Calle y número Xilitla		11.2 Colonia Itztacapa	
11.3 Localidad S.L.P.		11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD		12.1 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		13. Ocupación habitual ama de casa	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2 4 0 6 3 3 2 3 8 4		14.2 Unidad médica HBC Xilitla	
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		15.1 Nombre de la unidad médica	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Localidad Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número Xilitla		16.2 Colonia San Antonio Xalcuayo II	
16.3 Localidad S.L.P.		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17.1 Día 12 Mes 01 Año 11 Horas 12 Minutos 45		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Área deportiva <input type="radio"/> 3 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 Localidad	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.3 Localidad		23.7.5 Entidad federativa	
24. NOMBRE Enrique		Apellido paterno		Apellido materno	
Nombre(s)		Reyes		Fernandez	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) esposo		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	

