



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

160627099

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Nora Hilda</u> Apellido paterno <u>Hernández</u> Apellido materno <u>Manuel</u>	
2. CURP <u>H1E1N1911051131S1P1R1N1R107</u>	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO Kilogramos Gramos
7. TALLA Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>13</u> Mes <u>05</u> Año <u>1991</u>
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 <u>25</u> Se ignora <input type="radio"/> 09	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>Francisco I Madero 42</u> 11.2 Colonia <u>San Martín Chalchicuautla</u> 11.3 Localidad <u>Pitago</u> 11.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input checked="" type="radio"/> 04 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 <u>Amo de casa</u>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 04 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09 14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2416165769</u>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Francisco I Madero 42</u> 16.2 Colonia <u>San Martín Chalchicuautla</u> 16.3 Localidad <u>Pitago</u> 16.4 Municipio o delegación <u>San Luis Potosí</u> 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>11</u> Año <u>2016</u> Horas <u>18</u> Minutos <u>30</u>	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Desequilibrio Hidroelectrolítico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Enfermedad diarreica aguda</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Desnutrición Grave</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Síndrome de Inmunodeficiencia</u> 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 <u>3 días</u> <u>2 semanas</u> <u>1 mes</u> <u>1 mes</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09 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	
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Francisco</u> Apellido paterno <u>Manuel</u> Apellido materno <u>Hernández</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Mamá</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3238971</u> Número de la cédula profesional	

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

160627099

