



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016  
FOLIO

160627164

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>MA. MANUELA</b> Nombre(s)	<b>LUCAS</b> Apellido paterno	<b>FRANCISCO</b> Apellido materno	
	2. CURP <b>LUFM631212MSPCRN12</b>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos . Gramos	7. TALLA Metros . Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 12121966 Día Mes 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
	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"/> 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 type="radio"/> 5 Se ignora		
	11. RESIDENCIA HABITUAL <b>C JUAREZ # 17</b> 11.1 Calle y número	11.2 Colonia	<b>ZAPUYO</b> 11.3 Localidad	
	XILITLA 11.4 Municipio o delegación			<b>SAN LUIS POTOSI</b> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)
	12. ESCOLARIDAD 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. OCUPACIÓN HABITUAL <b>AHA DE CASA</b> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" 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	14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2410829281</b>		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública	15.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora	Otro lugar
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>C JUAREZ # 17</b> 16.1 Calle y número	16.2 Colonia	<b>ZAPUYO</b> 16.3 Localidad		
XILITLA 16.4 Municipio o delegación			<b>SAN LUIS POTOSI</b> 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>11 12 2016 06:45</b> Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <b>1 HORA</b>			
<b>Causas antecedentes</b> Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) <b>PARO CARDIACO RESPIRATORIO</b> Debido a (o como consecuencia de)	Usa exclusivo personal de bot. Código		
	b) <b>ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS PULMONARES</b> Debido a (o como consecuencia de)	<b>2 AÑOS</b>		
	c) Debido a (o como consecuencia de)	<b>1 MES</b>		
	d) Debido a (o como consecuencia de)	<b>2 AÑOS</b>		
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjeron	<b>HEMIPARESIS IZQUIERDA</b>			Usa exclusivo del personal codif. Código
	<b>HIPERTENSION ARTERIAL SINTÉTICA</b>			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:	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4			Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	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 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 <b>SIIMON</b> Nombre(s)	<b>HERNANDEZ</b> Apellido paterno	<b>VIDALES</b> Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>ESPOSO</b>	
26. CERTIFICADA POR	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1<sup>ª</sup> COPIA (ROSA) Y LA 2<sup>ª</sup> 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<sup>ª</sup> 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

