



**SECRETARIA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160627181 ✓

DE LLEVAR		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)											
		Cieceniano					Fuentes			camacho			
		Nombre(s)					Apellido paterno			Apellido materno			
2. CURP							Se ignora <input type="radio"/> 99			3. SEXO			
							<input type="radio"/> 1 Hombre			<input type="radio"/> 2 Mujer			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					6. PESO			7. TALLA			
							410 Kilogramos			11.57 Centímetros			
8. FECHA DE NACIMIENTO		10.51.01.938											
9. EDAD CUMPLIDA		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			
		Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL											
		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 type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9											
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)											
		Zaragoza #22					Zaragoza					Soledad de Zaragoza	
11.1 Calle y número		11.2 Colonia					11.3 Localidad						
		Xilitla										SIP	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)											
												Se ignora <input type="radio"/> 99	
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL											
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		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9											
Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10													
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación											
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)											
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10		2404012054											
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica											
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 <input type="radio"/> 9													
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)											
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad											
		Zaragoza #22					Zaragoza					Soledad de Zaragoza.	
16.1 Calle y número		16.2 Colonia										SIP	
		Xilitla											
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa											
												Se ignora <input type="radio"/> 99	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?											
12 0 0 9 2 0 1 6 0 9: 0 0		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9											
Día Mes Año Horas Minutos													
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?											
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9											
a) IN SUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte											
b) DESNUTRICIÓN Debido a (o como consecuencia de)		1 mes											
c) T.B.P. Debido a (o como consecuencia de)		1 mes											
d)		1 mes											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo													
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:													
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?											
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?											
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) 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													
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?													
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9													
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 industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9											
23.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión													
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:													
23.6 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		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)											
I NES		Esposa											
Nombre(s)													
Apellido paterno													
Apellido materno													

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. SIEL 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 APPLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS