



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160627331

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

NICASTA

BAUTISTA

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

B X N 5 3 0 9 1 1 M S P T X d 0 9

3. SEXO

Hombre ☐ 1

Mujer ☒ 2

Se ignora ☐ 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana ☒ 1

Otra ☐ 2

Se ignora ☐ 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?

Si ☐ 1

No ☒ 2

Se ignora ☐ 9

6. PESO

32

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

1

Metros

Centímetros

47

8. FECHA DE NACIMIENTO

11

09

11

95

3

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

Años cumplidos

Se ignora ☐ 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre ☐ 4

Separado(a) ☐ 6

Divorciado(a) ☐ 3

Viudo(a) ☒ 2

Soltero(a) ☐ 1

Casado(a) ☐ 5

Se ignora ☐ 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

FRANCISCO I. MADERO 33

ATLAXCOTL

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

MATLAPA

SAN LUIS POTOSÍ

11.4 Municipio o delegación

11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD

Ninguna ☐ 1

Primaria incompleta ☒ 2

Secundaria incompleta ☐ 4

Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11

Profesional ☐ 7

Se ignora ☐ 99

Preescolar ☐ 12

Primaria completa ☐ 3

Secundaria completa ☐ 5

Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6

Posgrado ☐ 10

Se ignora ☐ 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL

AMA DE CASA

Se ignora ☐ 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna ☐ 1

ISSSTE ☐ 3

SEDENA ☐ 5

Seguro Popular ☒ 7

Otra ☐ 8

IMSS ☐ 2

PEMEX ☐ 4

SEMAR ☐ 6

IMSS Oportunidades ☐ 10

Se ignora ☐ 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

2409779177-01

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud ☐ 1

IMSS ☐ 3

PEMEX ☐ 5

SEMAR ☐ 7

Unidad médica privada ☐ 9

IMSS Oportunidades ☐ 2

ISSSTE ☐ 4

SEDENA ☐ 6

Otra unidad pública ☐ 8

15.1 Nombre de la unidad médica

Via pública ☐ 10

Otro lugar ☐ 12

Hogar ☒ 11

Se ignora ☐ 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

FRANCISCO I. MADERO 33

ATLAXCOTL

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

MATLAPA

SAN LUIS POTOSÍ

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

01

10

2

20

1

7

03

3

5

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Si ☐ 1

No ☒ 2

Se ignora ☐ 9

19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?

Si ☐ 1

No ☒ 2

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) NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Debido a (o como consecuencia de)

b) TUBERCULOSIS PULMONAR

Debido a (o como consecuencia de)

c)

Debido a (o como consecuencia de)

d)

PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

DIABETES MELLITUS II

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

13 días

Uso exclusivo del personal codificador

Código CIE

10 años

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo ☐ 1

El parto ☐ 2

El puerperio ☐ 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si ☐ 1

No ☒ 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si ☐ 1

No ☐ 2

Uso exclusivo del personal codificador

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto

Accidente ☐ 1

Homicidio ☐ 2

Suicidio ☐ 3

Se ignora ☐ 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si ☐ 1

No ☒ 2

Se ignora ☐ 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐ 0

Área deportiva ☐ 3

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6

Granja (rancho o parcela) ☐ 7

Otro ☐ 8

Se ignora ☐ 9

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1

Calle o carretera (vía pública) ☐ 4

Área comercial o de servicios ☐ 5

Escuela u oficina pública ☐ 2

Se ignora ☐ 9

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

JOEL

MELITON

BAUTISTA

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

HIJO

26. CERTIFICADA POR

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

ENTREGUE 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.