



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

Modelo 2016

FOLIO

16762746

## 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

JUSTINO

Nombre(s)

SERAFICO

Apellido paterno

Apellido materno

## 2. CURP

LICXH1450101HSPLX502

Se

ignora

99

O1

O2

O3

O4

O5

O6

O7

O8

O9

O10

O11

O12

O13

O14

O15

O16

O17

O18

O19

O20

O21

O22

## 3. SEXO

Hombre

Mujer

Se

ignora

99

O1

O2

O3

O4

O5

O6

O7

O8

O9

O10

O11

O12

O13

O14

## 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se

ignora

9

## 6. PESO

1036

.000

Gramos

Kilogramos

## 7. TALLA

1.71

.49

Centímetros

Metros

## 8. FECHA DE NACIMIENTO

01/01

1941

Año

DEL FALLECIDO

## 9. EDAD

CUMPLIDA

Para menores  
de una hora  
MinutosPara menores  
de un día  
HorasPara menores  
de un mes  
DíasPara menores  
de un año  
MesesPara personas  
de un año o más  
Años cumplidos

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

## 10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

O4

Separado(a)

O6

Divorciado(a)

O3

Viudo(a)

O2

Soltero(a)

O1

Casado(a)

O5

Se

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

Y JUSTINO CARRANZA 10123 FRESNO

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

## 12. ESCOLARIDAD

Ninguna

O1

Primaria

O2

incompleta

O3

Secundaria

O4

incompleta

O5

Bachillerato o

O6

preparatoria

O7

incompleta

O8

Profesional

O9

Se

ignora

99

## 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

O1

ISSSTE

O3

SEDENA

O5

Seguro Popular

O7

Otra

O8

IMSS

O2

PEMEX

O4

SEMAR

O6

IMSS Oportunidades

O10

Se

ignora

99

## 14.1 Número de seguridad social o afiliación

2402127268

## 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría

O1

IMSS

O3

PEMEX

O5

SEMAR

O7

Unidad

O9

médica

privada

IMSS

O2

Oportunidades

O4

ISSSTE

O6

SEDENA

O8

Otra

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía

pública

O10

Hogar

O11

## 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Y JUSTINO CARRANZA 10123 FRESNO

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

## 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

110 01 2017 23:00

Día

Mes

Año

Horas

Minutos

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

Sí

O1

No

O2

Se

ignora

O9

Sí

No

## 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)

## PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

BRONCOASPIRACION

Debido a (o como consecuencia de)

b)

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

Debido a (o como consecuencia de)

c)

TUBERCULOSIS MILIAR

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 morbo que la produjo

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

## 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo

O1

El parto

O2

El puerperio

O3

43 días a 11 meses después del parto o aborto

O4

No estoy embarazada en los

últimos

11 meses

previos a la muerte

O5

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

Sí

O1

No

O2

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

Sí

O1

No

O2

## 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

## 23.1 Fue un presunto

Accidente

O1

Homicidio

O2

Suicidio

O3

Se

ignora

O9

## 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí

O1

No

O2

Se

ignora

O9

## 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

O0

Área deportiva

O3

Granja

(rancho o parcela)

O7

Calle o carretera

(vía pública)

O4

Otro

O8

Área industrial

(taller, fábrica u obra)

O6

Escuela u oficina

pública

O2

Área comercial

de servicios

O5

Se

ignora

O9

## 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

