



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016

FOLIO

160628359

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

EL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Kimberly Aitana Sanchez Escamilla Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
2. CURP SAEK150704MSPNSMA0 Se ignora 099		3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si 01 No 02 Se ignora 09		6. PESO 009 Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
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 001 Se ignora 09		8. FECHA DE NACIMIENTO 04072015 Día Mes Año	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Andador Violeta 103 Praderas del Maurel Soledad de Graciano Sanchez 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 07 Se ignora 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Si 01 No 02 Se ignora 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2412124745-2	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09 Hospital General de Soledad IMSS Oportunidades 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Entidad federativa	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Valentín Amador 1112 Rivas Guillén Soledad 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Soledad San Luis Potosi 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10102016 113:52 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si 01 No 02 Se ignora 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 01 No 02	
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) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Infección Respiratoria Aguda Alta y baja Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 horas Código CIE 2 días	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 01 No 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 01 No 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 01 No 02 Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09 Se ignora 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 00 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicios 05 Se ignora 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 23.7.5 Entidad federativa		24. NOMBRE Julio Ibarra López Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Número de la cédula profesional 26.2 Teléfono 26.3 Fecha de certificación 10102016 Día Mes Año	
27. NOMBRE Aracely Ruiz Nieto Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		28. DOMICILIO Valentín Amador 1112 Rivas Guillén Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosi	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad	

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



160628359