



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160629084

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOV-145

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>JUAN MANUEL</u> Apellido paterno <u>MACIAS</u> Apellido materno <u>VILLA</u>	
2. CURP <u>MAVJ411026HSPCLN05</u>	3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 99
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 99
6. PESO <u>50</u> Kilogramos <u>000</u> Gramos	7. TALLA <u>1</u> Metros <u>68</u> Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO <u>26</u> Día <u>10</u> Mes <u>19</u> Año <u>44</u>	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <u>7</u> Minutos <u>2</u> Segundos Para menores de un día: <u>7</u> Horas <u>2</u> Minutos <u>2</u> Segundos Para menores de un mes: <u>7</u> Días <u>2</u> Horas <u>2</u> Minutos <u>2</u> Segundos Para menores de un año: <u>7</u> Meses <u>2</u> Años <u>2</u> Semanas <u>2</u> Días <u>2</u> Horas <u>2</u> Minutos <u>2</u> Segundos Para personas de un año o más: <u>72</u> Años cumplidos
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☒ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número <u>EMILIO CARANZA #27</u> 11.2 Colonia <u>RASCUNTO</u> 11.3 Localidad <u>CARDENAS</u> 11.4 Municipio o delegación <u>1005</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) <u>SAN LUIS POTOSI</u> 11.6 País <u>19001</u>	
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	13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>FERRACARRILERO</u> 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 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	
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 <u>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 15.3 Nombre de la unidad médica <u>15.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</u> 15.5 Entidad federativa <u>15.6 País</u>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>EMILIO CARANZA #27</u> 16.2 Colonia <u>RASCUNTO</u> 16.3 Localidad <u>CARDENAS</u> 16.4 Municipio o delegación <u>1005</u> 16.5 Entidad federativa <u>SAN LUIS POTOSI</u> 16.6 País <u>19001</u>	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>28</u> Día <u>11</u> Mes <u>20</u> Año <u>16</u> <u>22</u> Horas <u>30</u> Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99	
19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) <u>TUBERCULOSIS PULMONAR</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>A 162</u> b) <u>DIABETES MELLITUS 2</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>E 119</u> c) <u>15 AÑOS</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>8 MESES</u> d) <u>15 AÑOS</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>8 MESES</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <u>8 MESES</u>	
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? Sí ☐ 1 No ☐ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 99 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 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 <u>23.7.2 Colonia</u> <u>23.7.3 Localidad</u> <u>23.7.4 Municipio o delegación</u> <u>23.7.5 Entidad federativa</u>	
24. NOMBRE Nombre(s) <u>EDITH RUTH</u> Apellido paterno <u>HERNANDEZ</u> Apellido materno <u>MONTALVAN</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>NUEVA</u>	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>6360931</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>LUIS BERNARDO</u> Apellido paterno <u>VAESTI</u> Apellido materno <u>LOPEZ</u>	
29. TELÉFONO <u>87 302 89</u>	
30. DOMICILIO <u>20 DE NOVIEMBRE #89 ZONA CENTRO, CARDENAS S.L.P.</u>	
31. FIRMA <u>[Firma]</u>	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>28</u> Día <u>11</u> Mes <u>20</u> Año <u>16</u>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> , Libro Núm. <u>05</u> 33.1 Acta Núm. <u>110</u>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>Cardenas</u> 34.2 Municipio o delegación <u>Cardenas</u> 34.3 Entidad federativa <u>19001</u> 34.4 Día <u>29</u> Mes <u>11</u> Año <u>2016</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

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 CONSERVÁN 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

160629084