



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

FOLIO

160629449

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ALBERTANO MARTINEZ HUESTA		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2	
2. CURP MAHA730226HSP12RL019		5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO 50.000 Kilogramos Gramos	
7. TALLA 1.50 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 26.02.1973 Día Mes Año		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 Personas de un año o más 043 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 ☐ 9		11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) ABASOLO 42 Calle y número CANDELA Municipio o delegación			
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 CONVIVIERO 41 Se ignora ☐ 99 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9			
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 2412051327-3			
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		Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN ABASOLO 42 Calle y número CANDELA Municipio o delegación		16.2 Colonia CANDELA		16.3 Localidad SAN LUIS POTOSÍ	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 13.01.2017 16:30 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de) b) NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Debido a (o como consecuencia de) c) SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA Debido a (o como consecuencia de) d) DIABETE MELITUS TIPO II Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 10 minutos Código CIE J160 J189 B24X E119	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 El parto ☐ 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 El puerperio ☐ 3		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 ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 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 ☐ 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE B208	
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	

DEL INF.

24. NOMBRE CATALINA DE LA CRUZ RESENDIN Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) CONVIVIERO	
26. CERTIFICADA POR			

29449