



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

Modelo 2016
FOLIO

160630183

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Maria de Jesus Nombre(s)		Irene Apellido paterno		Coallardo Apellido materno	
2. CURP		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		6. PESO 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		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 11 06 1955		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 Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Hilco 100 11.1 Calle y número Soledad de Graciano Sanchez 11.4 Municipio o delegación Hogare Populares Rivas 11.2 Colonia San Luis Potosí 11.3 Localidad 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		13. OCUPACIÓN HABITUAL Comerciante 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 2416085535-1			
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 Hospital General de Soledad 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 11 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Valentin Amador 1112 16.1 Calle y número Soledad de Graciano Sanchez 16.4 Municipio o delegación Rivas Bullen 16.2 Colonia San Luis Potosí 16.3 Localidad 16.5 Entidad federativa					

DE LA DEFUNCIÓN

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos 10 11 2016 00:20		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté 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) Hipertension intracranéana Debido a (o como consecuencia de) b) Neuroinfección 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 morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 días 20 días Código CIE			

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 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 ☐ 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)?	
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					

DEL INF.

24. NOMBRE Fernando Nombre(s) Caro Apellido paterno Lopez Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposo	
---	--	---	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 51884 21 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Edith Nombre(s) Sanchez Apellido paterno Lopez Apellido materno		29. TELÉFONO 8 26 01 00	
30. DOMICILIO Valentin Amador 1112 Col Rivas Bullen Soledad de Graciano Sanchez San Luis Potosí		31. FIRMA [Firma]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 10 11 2016			

IL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 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

160630183