



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

FOLIO

160630607

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1^ª COPIA (ROSA) Y LA 2^ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1^ª 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

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Raúl González		Corpus	
2. CURP		60CD650505HSIPN RV03		3. SEXO	4. NACIONALIDAD
		Se ignora		Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>		7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO
		Kilogramos . Gramos		Metros . Centímetros	Día Mes Año
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
		Minutos	Horas	Días	Meses
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:				10. ESTADO CONYUGAL	
				En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora	11. RESIDENCIA HABITUAL
				Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)	
		Emiliano Zapata #29		Ranchería El Tecolote	
		11.1 Calle y número		11.2 Colonia	
		Salinas		El Tecolote	
		11.4 Municipio o delegación		11.3 Localidad	
12. ESCOLARIDAD		Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	Preescolar <input checked="" type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL	
		ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación	
				241091001003	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospital General de Soledad de GS	15.1 Nombre de la unidad médica		Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
		IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Prol. Valentín Amador #1112	Rivas Guillen	Soledad de Graciela S.	16.3 Localidad
		16.1 Calle y número	16.2 Colonia	16.4 Municipio o delegación	16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		12 4 11 11 20 16	20:01	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA
		Día Mes Año	Horas Minutos	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
a) Meningitis Aseptica Debido a (o como consecuencia de)		1 semana			
b) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Debido a (o como consecuencia de)		12 años			
c) Debido a (o como consecuencia de)					
d) Insuficiencia Hepática Child C		6 años			
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:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>	23.4.1 Número de parentesco
		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/>	23.4.2 Otro
		Se ignora <input type="radio"/>		Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/>	23.4.3 Se ignora
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	Lucio Alfredo	González	Morales	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
DEL INF.	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Hijo	
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
	Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/>	Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	5188421	
				Número de la cédula profesional	
	28. NOMBRE	29. TELÉFONO			
	Edith	Sonjuquero	López	8-26-01-00	
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno		
	30. DOMICILIO	31. FIRMA			
	Prol. Valentín Amador #1112 Col. Rivas Guillen Soledad de Graciela Sánchez SUP	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	34.1 Localidad		Día Mes Año

160630607