



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

Modelo 2016

FOLIO

160631364

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) Nombre(s) <u>Ignacio</u> Apellido paterno <u>Hernandez</u> Apellido materno <u>Maga</u>		
	2. CURP <u>H E M I 9 9 0 2 0 1 H 0 A R Y 9 0 7</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 09		
DE LA DEFUNCIÓN	6. PESO <u>70</u> Kilogramos <u>70</u> Gramos		7. TALLA <u>1</u> Metros <u>70</u> Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO <u>0</u> Día <u>10</u> Mes <u>2016</u> 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 Para personas de un año o más Años cumplidos <u>63</u> Se ignora <input type="radio"/> 09		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <u>Victor M. Benavente #290</u> <u>Jugos la Cruz La Merced</u> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <u>S.L.P.</u> 11.4 Municipio o delegación <u>S.L.P.</u> 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Mecánico</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación <u>2416070848-5</u>
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 <u>Hospital General de Coahuila</u> <input type="radio"/> 10 Via pública <input type="radio"/> 12 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 <u>Coahuila</u> <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Prof. Valentín Amador #112</u> <u>Rioy Guillen</u> <u>Coahuila</u> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <u>Coahuila</u> 16.4 Municipio o delegación <u>S.L.P.</u> 16.5 Entidad federativa		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>08</u> Día <u>12</u> Mes <u>2016</u> Año <u>15</u> Horas <u>13</u> Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 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) <u>Síndrome de dificultad respiratoria aguda</u> <u>30 min</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Acidosis metabólica severa</u> <u>24 hrs</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad crónica aguda</u> <u>3 meses</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Diabetes crónica</u> <u>3 meses</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <u>Urosepsis</u> <u>Sépsis</u>			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02			
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) 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 <u>Ana Laura</u> <u>Hernandez</u> <u>Maga</u> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hija</u>
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>3635312</u> Número de la cédula profesional
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE <u>Hernan</u> <u>Martinez</u> <u>Capirano</u> Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO <u>826-05-00</u>
	30. DOMICILIO <u>Prolongación Valentín Amador #112</u> <u>2da Calle de la Flor Col. Río de Guillen</u>		31. FIRMA <u>[Firma]</u>
REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>08</u> Día <u>12</u> Mes <u>2016</u> Año		
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____		