



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

160631824

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

JOSE FORTINO FELIX
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

2. CURP

FELIX340915HSPLXROS

3. SEXO

Hombre ☒1 Mujer ☐2

4. NACIONALIDAD

Mexicana ☒1 Otra ☐2 Se ignora ☐9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐9

6. PESO

Kilogramos Gramos

7. TALLA

Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

18/09/1934
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

Para personas de un año o más

Años cumplidos

082 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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

LATINAJA S/N. LATINAJA EL CRISTIANO

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

XILITLA

SAN LUIS POTOSI

11.4 Municipio o delegación

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

Prescolar ☐12

Primaria completa ☐3

Secundaria completa ☐5

Bachillerato o preparatoria completa ☐6

Posgrado ☐10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

CAMPESINO

Se ignora ☐99

13.1 Trabajaba

Si ☐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

2403038673

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

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Hogar ☐11

Se ignora ☐99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

TRAMO CARRETERO MUNICIPAL LATINAJA EL

CRISTIANO - XILITLA

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

XILITLA

SAN LUIS POTOSI

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

21/01/2017 11:30
Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Si ☒1 No ☐2 Se ignora ☐9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si ☐1 No ☒2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) TRAMPO AGUDO AL MIOCARDIO

Debido a (o como consecuencia de)

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

05 MIN.

Código CIE

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) Debido a (o como consecuencia de)

d) Debido a (o como consecuencia de)

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

SECUELAS TUBERCULOSIS PULMONAR.

3 AÑOS

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?

Si ☐1 No ☐2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si ☐1 No ☐2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

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?

Si ☐1 No ☐2

Se ignora ☐9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular ☐0

Área deportiva ☐3

Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐6

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐1

Calle o carretera (vía pública) ☐4

Granja (rancho o parcela) ☐7

Otro ☐8

Escuela u oficina pública ☐2

Área comercial o de servicios ☐5

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

23.7.2 Colonia

23.7.3 Localidad

23.7.4 Municipio o delegación

23.7.5 Entidad federativa

24. NOMBRE MARIA EUGENIA SALINAS MARTINEZ

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

MUERA

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

379913

Número de la cédula profesional

28. NOMBRE JAVIER FCO. ORIZABA MARTINEZ

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

29. TELÉFONO

30. DOMICILIO ZARAGOZA No 132 CENTRO

XILITLA, SAN LUIS POTOSI

31. FIRMA

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

24/01/2017

Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. 01

Libro Núm. 05

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

34.1 Localidad

XILITLA

34.2 Municipio o delegación

SAN LUIS POTOSI

34.3 Entidad federativa

34.4 Día Mes Año

25/01/2017

33.1 Acta Núm. 20

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

160631824

EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD