



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

FOLIO

160632458

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>Maria Olivia Montelongo Castillo</b>		
2. CURP <b>MXC0780720MSPINSLO1</b>		
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos Gramos
7. TALLA Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO <b>20071978</b>
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 <b>039</b>		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <b>Xochicalco 195 Ruben Jaramillo San Luis Potosi</b>		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99		
13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>Mesera</b>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 OMS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>Valentin Amador 1112 Rivas Guillen Soledad de Graciano Sanchez 7</b>		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>20071201 17:41</b>		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) <b>Pneumonia atípica</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Infección por VIH</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Insuficiencia Respiratoria Aguda</b> 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 <b>11</b> <b>11</b> <b>3</b>	Uso exclusivo del personal codificador 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 <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 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 <b>Andres Corda Salazar</b>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Esposo</b>
---	--	---

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>3258380</b>
28. NOMBRE <b>Mauro Ramirez Cuervo</b>		29. TELÉFONO
30. DOMICILIO		31. FIRMA

DEL REG. CIVIL

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>200912017</b>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad	

EN REQUE 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

160632458