



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

160800686

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 SEMEFOS, ESTOS 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

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		ESPERANZA GONZALEZ OCTOAR		Apellido paterno		Apellido materno			
		Nombre(s)									
2. CURP		G00E620919MSPNCS02		Se ignora 099		3. SEXO		4. NACIONALIDAD			
						Hombre 01 Mujer 02		Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		SI 01 No 02		Se ignora 09		6. PESO		7. TALLA			
						Kilogramos 01 Gramos 02		Metros 01 Centímetros 02			
8. FECHA DE NACIMIENTO		19091962				Día Mes Año					
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora 01 Minutos 02		Para menores de un día 01 Horas 02		Para menores de un mes 01 Días 02		Para menores de un año 01 Meses 02		Para personas de un año o más 01 Años cumplidos 02	
10. ESTADO CONYUGAL		En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05								Se ignora 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		CALLE MORELOS #7				11.2 Colonia		11.3 Localidad		EL ZACATON SAN LUIS POTOSI	
11.1 Calle y número		11.4 Municipio o delegación								11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD		Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 07 Se ignora 099				13. OCUPACIÓN HABITUAL				HOYAR. Se ignora 099	
		Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010				13.1 Trabajaba SI 01 No 02				Se ignora 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08				14.1 Número de seguridad social o afiliación					
		IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 099				15.1 Nombre de la unidad médica					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09				15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)				Vía pública 010 Otro lugar 012 Hogar 011 Se ignora 099	
		IMSS Oportunidades 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08				15.3 Localidad				ZACATECAS.	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		AU. CERUZO LAURA #19 CENTRO				16.2 Colonia		16.3 Localidad			
16.1 Calle y número		16.4 Municipio o delegación								16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		02 04 2016 00:42				18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		S 01 No 02		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año		Horas Minutos				Se ignora 099		SI 01 No 02			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)											
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente											
a) Debido a (o como consecuencia de)		EVENTO VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO 3 días									
b) Debido a (o como consecuencia de)		DANATO PENÍS PUNTIGRANADA 5 años									
c) Debido a (o como consecuencia de)		APLACIA MEDULAR 5 años									
d)											
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo											
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, Parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, Parto o puerperio?							
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03		SI 01 No 02		SI 01 No 02		SI 01 No 02			
El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03		43 días a 11 meses		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05		SI 01 No 02		SI 01 No 02			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Área industrial (taller, fábrica u obra) 06		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?					
23.1 Fue un presunto accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		Vivienda particular 00 Área deportiva 03 Granja (rancho o parcela) 07		Calle o carretera (vía pública) 04 Otro 08		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
		SI 01 No 02		Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicios 05		Se ignora 09		LI 6191			
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		CRUZ ALBERTO DE LEON LOPEZ		Apellido paterno		Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		HIERNO	
Nombre(s)											
26. CERTIFICADA POR		Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03		Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04		Autoridad civil 05		Otro 08		Número de la cédula profesional 821631	
ANTE											
29. TELÉFONO											



00686