



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

00 1320

Modelo 2017

FOLIO

170640465

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) DIEGO LEONEL TORRES SANCHEZ		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 16/08/2016		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP TOSD160816HSPRNGA7		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐		8. 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: Se ignora ☐	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE BLAS ESCONTRIA	
10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad	
10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	

11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora ☐		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora ☐	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ PEXEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		13.1 Número de seguridad social o afiliación 410485110043M20160R		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEXEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Zona 1 ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐	
14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		14.3 Vía pública ☐ Otro lugar ☐	
14.4 Hogar ☐ Se ignora ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN CALLE NICOLAS ZAPATA		15.1 Tipo de vialidad	
15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/3/2017 12:01		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE	
a) EDEMA CEREBRAL SEVERO		3 DIAS			
b) NEUROINFECCION		4 DIAS			
c) INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS BAJAS		10 DIAS			
d) INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS BAJAS					

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☐		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	
22.7.2 Nombre de la vialidad		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad		22.7.9 Municipio o delegación	
22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE AZUCENA SANCHEZ LOPEZ		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MADRE		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		26.1 Nombre(s)		26.2 Primer Apellido		26.3 Segundo Apellido	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

