



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

Modelo 2017.1
FOLIO

180656843 700

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MARCELINO HERNANDEZ Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 26/04/1933 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO SAN LUIS POTOSI Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP [Blank]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐ Otra ☐ Especifique [Blank]
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Blank] Minutos Para menores de un día: [Blank] Horas Para menores de un mes: [Blank] Días Para menores de un año: [Blank] Meses Para personas de un año o más: 85 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Casado(a) ☐ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) SANTA MARIA PICULA 10.1 Tipo de vivienda SANTA MARIA PICULA 10.2 Nombre de la vivienda 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano TAMAZUNCHALE 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 ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL CAMPESTINO 12.1 Trabajaba Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐ Se ignora ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ 13.1 Número de seguridad social o afiliación 2405046079		

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica pública ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda SANTA MARIA PICULA 15.2 Nombre de la vivienda 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano TAMAZUNCHALE 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 16/07/2018 Día Mes Año Horas Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☒ No ☐ Se ignora ☐		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☐
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) TUBERCULOSIS MILIAR Debido a (o como consecuencia de) b) DESNUTRICIÓN SEVERA Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
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 ☐		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Blank]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) 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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 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 GREGORIO HERNANDEZ NICOLAS Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO
25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico letrado ☐		



656843