



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

150672672

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ernestina Nombre(s)	Mendoza Apellido paterno	Castillo Apellido materno		
	2. CURP	Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	6. PESO 003.600 Kilogramos	7. TALLA 1.54 Metros	8. FECHA DE NACIMIENTO 07 11 2014 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
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	014415626				
10. ESTADO CONYUGAL	En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99				
11. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(s)				
Sin número	11.1 Calle y número Santa Catarina	11.2 Colonia 031	11.3 Localidad La Ahorcada	11.4 Municipio o delegación San Luis Potosí	11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) 0049 24
12. ESCOLARIDAD	Ninguna <input checked="" 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	Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			
13. OCUPACIÓN HABITUAL	NINGUNO				
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 10			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada	15.1 Nombre de la unidad médica La Ahorcada	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	Carretera Camino a Poso de Botello sin número 16.1 Calle y número Santa Catarina	16.2 Colonia 031	16.3 Localidad La Ahorcada	16.4 Municipio o delegación San Luis Potosí	16.5 Entidad federativa 0049 24
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	18 02 2015 02:00 Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 01 No 02 Se ignora 09	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 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.)	<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica</p> <p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</p> <p>a) Neumonía colquirina en la comunidad Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>b) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) _____</p>				
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	J189				
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 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 01 No 02	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 01 No 02	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 7 días	
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 01 No 02 Se ignora 09	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	Área industrial (taller, fábrica u oficina) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 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)?					
24. NOMBRE	Francisco Nombre(s)	Mendoza Apellido paterno	Medina Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	
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			
28. NOMBRE	Victor Manuel Nombre(s)	Mendoza Apellido paterno	Palma Apellido materno	29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO	Moríos número 3, Santa Catarina, Santa Catarina, San Luis Potosí	31. FIRMA	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 23 03 2015		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Santa Catarina				