



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

Modelo 2015
FOLIO

150679545

*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 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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) MA. YOLANDA CRUZ BARRAGAN Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
2. CURP CURT790220MSPRRL07 Se ignora 99	3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 99	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 99		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 01 No 02 Se ignora 99	6. PESO 36 Kilogramos 0 Gramos	7. TALLA 1.58 Metros 0 Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 28/02/1979 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 36 Años cumplidos Se ignora 99		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 99				
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) QUINTA PRIVADA DE CALEANA 513 SAN ANTONIO RIOVERDE 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad RIOVERDE SAN LUIS POTOSI 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 99 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL DEPENDIENTA 13.1 Trabajaba Sí 01 No 02 Se ignora 99		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2410905699 - 3		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09 IMSS Oportunidades 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08 15.1 Nombre de la unidad médica HOSPITAL GENERAL DE RIOVERDE 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública 010 Otro lugar 012 Hogar 011 Se ignora 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CAMA Y CARRETERA SAN CIRO SIN NUMERO CENTRO RIOVERDE 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad RIOVERDE SAN LUIS POTOSI 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa				
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 17/07/2015 04:45 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 01 No 02 Se ignora 99		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí 01 No 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 AÑOS 16 AÑOS 16 AÑOS		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) ENFERMEDAD RENAL CRONICA Debido a (o como consecuencia de) b) DIABETES MELLITUS TIPO 2 Debido a (o como consecuencia de) c) No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 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 morbozo que la produjo HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA		Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05		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
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 01 No 02 Se ignora 99 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02 Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Área deportiva 03 Calle o carretera (vía pública) 04 Otro 08 Área comercial o de servicios 05 Se ignora 99		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				

