



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160627168

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, ÉSTOS 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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Jesus		Apellido paterno		Antonio		Apellido materno		Hernandez			
2. CURP				Se ignora		O 99		3. SEXO		Hombre O 1 Mujer O 2			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		4. NACIONALIDAD					
Sí O 1 No O 2 Se ignora O 9		100 Kilogramos		0.80 Metros		08052013 Dia		Mexicana O 1 Otra O 2		Se ignora O 9			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		9.2 EDAD CUMPLIDA		9.3 Para menores de una hora		9.4 Para menores de un día		9.5 Para menores de un mes		9.6 Para menores de un año			
		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más			
		Minutos		Horas		1		Días		Meses			
										Años cumplidos			
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)											
conacab		11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad		S.L.P.					
Tamaulipas													
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL											
Ninguna O 1 Primaria incompleta O 2 Secundaria incompleta O 4 Bachillerato o preparatoria incompleta O 11 Profesional O 7 Se ignora O 99		13.1 Trabajaba Sí O 1 No O 2 Se ignora O 9											
Preescolar O 12 Primaria completa O 3 Secundaria completa O 5 Bachillerato o preparatoria completa O 6 Posgrado O 10													
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación											
Ninguna O 1 ISSSTE O 3 SEDENA O 5 Seguro Popular O 7 Otra O 8													
IMSS O 2 PEMEX O 4 SEMAR O 6 IMSS Oportunidades O 10 Se ignora O 99													
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica											
Secretaría de Salud O 1 IMSS O 3 PEMEX O 5 SEMAR O 7 Unidad médica privada O 9													
IMSS Oportunidades O 2 ISSSTE O 4 SEDENA O 6 Otra unidad pública O 8													
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad											
Tecatla		16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad		S.L.P.					
Tamaulipas													
16.4 Municipio o delegación													
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?										19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
16 09 2016 16:00		Sí O 1 No O 2 Se Ignora O 9										Sí O 1 No O 2	
Día Mes Año Horas Minutos													
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
PARTE I		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS											
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:											
Causas antecedentes		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?											
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?											
a) Neumonía adquirida en la comunidad 9 días		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE											
Debido a (o como consecuencia de)		23.1 Fue un presunto											
b) Debido a (o como consecuencia de)		23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?											
c) Debido a (o como consecuencia de)		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión											
d)		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?											
PARTE II		24. NOMBRE											
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Lucía Hernandez Hdez											
Párolas cerebrales infantiles		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)											
Báls													
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		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)											
Lucía Hernandez Hdez		Madre.											
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno									

