



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

150671565

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		JACINTO MARTINEZ RIVAS	Apellido paterno		Apellido materno								
Nombre(s)													
2. CURP		MAGJ430817HSPRNC04	Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	4. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 3			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Sí <input type="radio"/> 1	No <input checked="" type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO	050 Kilogramos	7. TALLA	1.60 Metros	Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO	17081943 Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA		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	071 Años cumplidos	Para menores de un año	Días	Meses	Se ignora <input type="radio"/> 9		
Minutos		Horas		Días									
10. ESTADO CONYUGAL		En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9											
11. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)											
11.1 Calle y número		BUSTAMANTE #115 Col SAN ISIDRO SALINAS DE HIDALGO											
11.2 Colonia		11.3 Localidad SALINAS SAN LUIS POTOSI											
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)											
12. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input checked="" 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	13. OCUPACIÓN HABITUAL		Se ignora <input type="radio"/> 8							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación											
Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8		IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99											
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica											
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		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 1											
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9											
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.3 Localidad SALINAS SAN LUIS POTOSI											
BUSTAMANTE 115 Col SAN ISIDRO SALINAS DE HIDALGO		16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa											
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?										19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
09 01 2015 01:30		Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9										Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
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 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?										Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes 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?										3 AÑOS	
{		22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?										Parte adyacente al parentesco señalado Código CIE	
a) Debido a (o como consecuencia de)		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión										9 Meses	
b) Debido a (o como consecuencia de)		22.6 Sitio donde ocurrió la lesión										3 AÑOS	
c) Debido a (o como consecuencia de)		22.7 ¿Vivienda particular?										23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
d) Debido a (o como consecuencia de)		22.8 ¿Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)?										23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		22.9 ¿Calle o carretera (vía pública)?										23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Secuelas de TUBERCULOSIS PULMONAR		22.10 ¿Área industrial (taller, fábrica u obra)?										23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		22.11 ¿Área deportiva?										23.7.1 Calle y número	
El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.12 ¿Calle o carretera (vía pública)?										23.7.2 Colonia	
No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.13 ¿Área comercial o de servicios?										23.7.3 Localidad	
23.1 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión										23.7.4 Municipio o delegación	
23.1.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?										23.7.5 Entidad federativa	
23.1.2 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:										24. NOMBRE	
23.1.3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión										Juan Antonio MARTINEZ RIVAS	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número										25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
23.7.2 Colonia		23.7.2 Municipio o delegación										Hijo	
23.7.3 Localidad		23.7.3 Entidad federativa											
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.4 Entidad federativa											
23.7.5 Entidad federativa		23.7.5 Entidad federativa											
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO										3188X67	
Médico <input type="radio"/> 1 Médico legal <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3		Personas autorizadas por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autorizado civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6										Número de la cédula profesional	

150671565