



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

Modelo 2015

FOLIO

150676205

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) 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 EN POSesión DE LOS PARTICULARES.



150676205

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Maria Agustina</u> Apellido paterno <u>Matras</u> Apellido materno <u>Hernandez</u>						
	2. CURP <u>MDH85092015193015000</u>		3. SEXO ☒ Hombre ☐ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. NACIONALIDAD ☒ Mexicana ☐ Otra ☐ Se ignora ☐		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ SI ☒ No ☐ Se ignora ☐		6. PESO <u>035.000</u> Kilogramos Gramos		7. TALLA <u>1.50</u> Metros Centímetros		
	8. FECHA DE NACIMIENTO <u>21/12/1984</u> 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: <u>036</u> Años cumplidos ☐ Se ignora ☐				
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐				
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) <u>Francisco Villa Lt 22</u> <u>Ninos Heroes</u> <u>Emiliano Zapata</u> 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad <u>Tamazunchale</u> <u>San Luis Potosí</u> 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)						
	12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐ Preescolar ☐ Primaria completa ☒ Secundaria completa ☐ Bachillerato o preparatoria completa ☐ Posgrado ☐				13. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Hogar</u> ☐ Se ignora ☐ 13.1 Trabajaba ☐ SI ☒ No ☐ Se ignora ☐		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☒ Se ignora ☐				14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐				15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública ☐ Otro lugar ☐ Hogar ☒ Se ignora ☐		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Francisco Villa Lt 22</u> <u>Ninos Heroes</u> <u>Emiliano Zapata</u> 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad <u>Tamazunchale</u> <u>San Luis Potosí</u> 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa						
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17/09/2015</u> <u>19:30</u> Día Mes Año Horas Minutos				18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? ☐ SI ☒ No ☐ Se ignora ☐		
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? ☐ SI ☒ No ☐				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) <u>Síndrome inmunodeficiencia Adquirida</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ b) <u>Infección por virus inmunodeficiencia Humana</u> Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ 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 morbos que la produjo				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 ☐ 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 ☒				22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? ☐ SI ☒ No ☐		
	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? ☐ SI ☒ No ☐				21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? ☐ SI ☒ No ☐ Se ignora ☐				23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Área deportiva ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐ Vivienda particular ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicios ☐		
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? ☐ SI ☒ No ☐				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 _____		
	DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) <u>Magdalena</u> Apellido paterno <u>Hernandez</u> Apellido materno <u>Martinez</u>				25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Cuñada</u>	
		26. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>7352743</u> Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Samuel de Santiago</u> Apellido paterno <u>Amara</u> Apellido materno <u>Barbosa</u>				29. TELÉFONO _____			
30. DOMICILIO <u>Cuartera San Martín Km 4, Zacatipán</u> <u>Tamazunchale, San Luis Potosí</u>				31. FIRMA _____			
DEL REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>18/09/2015</u> Día Mes Año				33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>01</u> Libro Núm. <u>05</u> 33.1 Acta Núm. <u>186</u>		
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <u>Tamazunchale</u> <u>S.L.P.</u> 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año <u>22/09/2015</u>						

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150676219

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) 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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Margarita Antonio Morales Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno				
2. CURP A0MM871103MSPNRRO4 Se ignora 099	3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 01 No 02 Se ignora 09	6. PESO 080 . 000 Kilogramos Gramos	7. TALLA 1 . 55 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 03 / 11 / 1987 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 027 Se ignora 09		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 09		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Vega larga SIN loc Vega larga 0 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Tamazunchale San Luis Potosí 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 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL Ama de casa Se ignora 099 13.1 Trabajaba Sí 01 No 02 Se ignora 09		
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 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación		
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 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		Vía pública 010 Otro lugar 012 Hogar 011 Se ignora 099		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera a San Martín K3 Zacatipán 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Tamazunchale San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa				
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 26 / 04 / 2015 06 : 50 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Enfermedad vascular cerebral Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 6 horas		Uso exclusivo del personal codificador 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 09 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 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 Área comercial o de servicios 05 Otro 08 Se ignora 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		
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 Juan Arcellano Antonio Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) conyugue		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 6840818 Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Carlos Hernández Villanueva Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO 483 36 20397		
30. DOMICILIO Carretera San Martín Km3 Zacatipán, Tamazunchale SLP		31. FIRMA [Firma]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 26 / 04 / 2015 Día Mes Año
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 196		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tamazunchale Tamazunchale S.L.P. 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año 28 / 04 / 2015		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



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

Modelo 2015
FOLIO

150676165

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) 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.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Margarito Guerra Coarica Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			
2. CURP 6416M620227HTSRRO8 Se ignora 099		3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 01 No 02 Se ignora 09		6. PESO 053 Kilogramos 000 Gramos	
7. TALLA 175 Metros 00 Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 27/02/1962 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 053 Se ignora 09			
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 09	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Av. Enrique Gándy 201 Estrella Tamazunchale 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad San Luis Potosí 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 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010		13. OCUPACIÓN HABITUAL Músico Se ignora 099 13.1 Trabajaba Sí 01 No 02 Se ignora 09	
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 099		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
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 HR P44 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera San Martín Km3 Zacatipán Tamazunchale 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/04/2015 03:15 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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí 01 No 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque cardiogenico Debido a (o como consecuencia de) b) Insuficiencia coronaria grave Debido a (o como consecuencia de) c) Infarto miocárdico antiguo Debido a (o como consecuencia de) d) Hipertensión arterial sistémica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Diabetes Mellitus tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 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 09 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 00 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicios 05 Se ignora 09 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	
24. NOMBRE Zenaida González Salvador Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Pareja.	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 7408184 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Sara Eleonor Maldonado Fernández Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO	
30. DOMICILIO Carretera San Martín Km3 Zacatipán Tamazunchale		31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/04/2015 Día Mes Año	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 01 Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 176		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Tamazunchale 34.2 Municipio o delegación Tamazunchale 34.3 Entidad federativa TAMP 34.4 Día Mes Año 12/04/2015	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD