

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

150676432

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)										
	Nombre(s) Roman			Apellido paterno Tobias			Apellido materno Miguel				
	2. CURP									3. SEXO	4. NACIONALIDAD
										Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			6. PESO			7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			40 Kilogramos Gramos			1.70 Metros Centímetros		28/02/19		
DE LA DEFUNCIÓN	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		
	Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:					10. ESTADO CONYUGAL					
						En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/>					
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)										
Calle y número 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)											
Tamaulipas S.L.P.											
MORTUARIOS Y VIOLENTAS	12. ESCOLARIDAD										
	Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>										
	Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input checked="" type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>										
	13. OCUPACIÓN HABITUAL										
	Trabajaba <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>										
	Agrícola										
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD										
	Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>										
	IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>										
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN										
	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>										
	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>										
DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN										
	Calle y número 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa										
	Tamaulipas										
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN										
	28/06/2015 07:00										
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?										
DEFUNCIÓN	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECESARIO EL AUTOPSI?										
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>										
	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) Neumotorax Espontáneo 2 horas										
	b) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 3 años										
DEFUNCIÓN	c) Orancie										
	d) Tratamiento de Tuberculosis Pulmonar 2 meses										
	21. CAUSA BÁSICA DE LA DEFUNCIÓN										
	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte										
	Uso exclusivo del personal médico										
	Código CIE-10										
DEFUNCIÓN	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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>										
	43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>										
	22.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?										
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>										
DEFUNCIÓN	22.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?										
	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>										
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE										
	23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>										
	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>										
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión										
DEFUNCIÓN	Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/>										
	Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>										
	Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/>										
	Se ignora <input type="radio"/>										
	23.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:										
	23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión										
DEFUNCIÓN	23.6 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										
	Tamaulipas										
	24. NOMBRE										
	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno										
	Tobias Padre										
DEFUNCIÓN	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO										
	Padre										
	26. CERTIFICADA POR										
	Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>										
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO										
	Número de la cédula profesional 4260733										
DEFUNCIÓN	28. NOMBRE										
	Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno										
	Patricio Delmasu Jimenez										
	29. TELÉFONO										
	36 2 11										
	30. DOMICILIO										
Calle y número 30.1 Calle y número 30.2 Colonia 30.3 Localidad 30.4 Municipio o delegación 30.5 Entidad federativa											
Tamaulipas											
DEFUNCIÓN	31. FIRMA										
	Firma del certificador										
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN										
	Día Mes Año										
	28/06/20										
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO										
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>											
DEFUNCIÓN	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO										
	Lugar Fecha										
	Tamaulipas										
	35. OBSERVACIONES										
	Observaciones										
	Servicio de Autopsia										