

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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)																													
Nombre(s) MARGARITA					Apellido paterno CADENA					Apellido materno BOCANEGRA.																			
2. CURP										3. SEXO Hombre ☐ 99 Mujer ☒ 02					4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02														
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09										6. PESO 040.000 Kilogramos Gramos					7. TALLA 1.60 Metros Centímetros					8. FECHA DE NACIMIENTO 15021970 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 045 Años cumplidos										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)										11.1 Calle y número Santa María del Río										11.2 Colonia El Cerrito					11.3 Localidad S.L.P. S.L.P.				
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 ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 99 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☒ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10										13. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar 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 ☐ 10 Se ignora ☐ 99										14.1 Número de seguridad social o afiliación																			
15. SITIO DE OCURENCIA 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 El Cerrito										15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					15.3 Localidad S.L.P. S.L.P.				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN										16.1 Calle y número Santa María del Río										16.2 Colonia El Cerrito					16.3 Localidad S.L.P. S.L.P.				
16.4 Municipio o delegación										16.5 Entidad federativa																			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2808201504:30 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) Anemia Clínica III Debido a (o como consecuencia de) b) Dolor en ambos flancos Debido a (o como consecuencia de) c) MIOMATOSIS UTERINA Debido a (o como consecuencia de) d) MIOMATOSIS UTERINA Debido a (o como consecuencia de) 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 11 Hogar ☒ 11 Se ignora ☐ 99										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					21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE				
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTE, 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 ☐ 01 Área deportiva ☐ 03 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)? Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 06 Granja (rancho o parcela) ☐ 07 Otro ☐ 08 Se ignora ☐ 09										23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.5										23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión 23.6									
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 Nombre(s) Juan Apellido paterno Cadena Apellido materno Rivera										25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre																			