



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Cyliberto Apellido paterno Medellin Apellido materno Rodriguez	
2. CURP MEAG461218H57DDLC3	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO 64.5 Kilogramos 6000 Gramos
7. TALLA 1.67 Metros 167 Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO Día 18 Mes 12 Año 1946
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="text"/> Minutos <input type="text"/> Para menores de un día <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Para menores de un mes <input type="text"/> Dias <input type="text"/> Para menores de un año <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más 66 Años cumplidos <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 9	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: <input type="text"/>	
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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Cm de Morelia #444 Morelia, I Sanidad de Guadalupe Sánchez San Luis Potosí 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria <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 checked="" 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 Albanil <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input 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 checked="" 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 14.1 Número de seguridad social o afiliación 4160623922441946CB	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica <input type="radio"/> 9 de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica Hospital General Zona No. 50 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Av. Tangamanga #205 Pados de San Vicente la Sección San Luis Potosí 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día 14 Mes 08 Año 2015 Horas 11 Minutos 10	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfenia-, etc.) Choque séptico Sepsis de foco urinario Tuberculosis pulmonar Debido a (o como consecuencia de) Debido (o como consecuencia de) Debido a (o como consecuencia de)	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Uso exclusivo del personal certificado Código CIE 4 meses	
22.1 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"/> 1 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 0 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>	
23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <input type="text"/> 23.7.2 Colonia <input type="text"/> 23.7.3 Localidad <input type="text"/> 23.7.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 23.7.5 Entidad federativa <input type="text"/>	
24. NOMBRE Luz María Apellido paterno Medellin Apellido materno Ramirez	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija	
26. CERTIFICADA POR Médico <input checked="" type="radio"/> 1 legista <input type="radio"/> 2 Otro <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 2839455	
28. NOMBRE Gerardo Toratío Apellido paterno Jaimes Apellido materno Piñón	
29. TELÉFONO <input type="text"/>	
30. DOMICILIO Av. Tangamanga #205 Pados de San Vicente la Sección	
31. FIRMA [Firma]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día 14 Mes 08 Año 2015	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <input type="text"/>	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad <input type="text"/>	

150680899

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.

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