

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 | 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Cecilia</div> <div>Jerónimo</div> <div>García</div> <div>Nombre(s)</div> <div>Apellido paterno</div> <div>Apellido materno</div> | | | | | | | | |
| | 2. CURP <div>J E G C 6 9 0 4 0 9 M S P R K C O S</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9 9</div> | | 3. SEXO <div>Hombr</div> <div>0 1</div> <div>Mujer</div> <div>0 2</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | 4. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div> <div>0 1</div> <div>Otra</div> <div>0 2</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | | | | |
| | 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Sí</div> <div>0 1</div> <div>No</div> <div>0 2</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | 6. PESO <div>56</div> <div>Kilogramos</div> <div>Gramos</div> | | 7. TALLA <div>1.55</div> <div>Metros</div> <div>Centímetros</div> | 8. FECHA DE NACIMIENTO <div>09</div> <div>04</div> <div>19</div> <div>69</div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> | | | |
| | 9. EDAD CUMPLIDA <div>Para menores de una hora</div> <div>Minutos</div> <div>Para menores de un día</div> <div>Horas</div> <div>Para menores de un mes</div> <div>Días</div> <div>Para menores de un año</div> <div>Meses</div> <div>Para personas de un año o más</div> <div>Años cumplidos</div> <div>46</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | | | | | | | |
| | 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: | | | 10. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div> <div>0 4</div> <div>Separado(a)</div> <div>0 6</div> <div>Divorciado(a)</div> <div>0 3</div> <div>Viudo(a)</div> <div>0 2</div> <div>Soltero(a)</div> <div>0 1</div> <div>Casado(a)</div> <div>0 5</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | | | | |
| | 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) <div>JONQUITO BARRIOS 76</div> <div>11.1 Calle y número</div> <div>11.2 Colonia</div> <div>NEXCUAYO</div> <div>11.3 Localidad</div> <div>MATLAPA</div> <div>11.4 Municipio o delegación</div> <div>SAN LUIS POTOSÍ</div> <div>11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)</div> | | | | | | | | |
| | 12. ESCOLARIDAD <div>Ninguna</div> <div>0 1</div> <div>Primaria incompleta</div> <div>0 2</div> <div>Secundaria incompleta</div> <div>0 4</div> <div>Bachillerato o preparatoria incompleta</div> <div>0 11</div> <div>Profesional</div> <div>0 7</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9 9</div> | | | 13. OCUPACIÓN HABITUAL <div>AL HOGAR</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9 9</div> | | | | | |
| | 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna</div> <div>0 1</div> <div>ISSSTE</div> <div>0 3</div> <div>SEDENA</div> <div>0 5</div> <div>Seguro Popular</div> <div>0 7</div> <div>Otra</div> <div>0 8</div> <div>IMSS</div> <div>0 2</div> <div>PEMEX</div> <div>0 4</div> <div>SEMAR</div> <div>0 6</div> <div>IMSS Oportunidades</div> <div>0 10</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9 9</div> | | | 14.1 Número de seguridad social o afiliación <div>2410854622</div> | | | | | |
| | 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud</div> <div>0 1</div> <div>IMSS</div> <div>0 3</div> <div>PEMEX</div> <div>0 5</div> <div>SEMAR</div> <div>0 7</div> <div>Unidad médica privada</div> <div>0 9</div> <div>IMSS Oportunidades</div> <div>0 2</div> <div>ISSSTE</div> <div>0 4</div> <div>SEDENA</div> <div>0 6</div> <div>Otra unidad pública</div> <div>0 8</div> <div>15.1 Nombre de la unidad médica</div> <div>Vía pública</div> <div>0 10</div> <div>Otro lugar</div> <div>0 12</div> <div>Hogar</div> <div>0 11</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9 9</div> <div>15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</div> | | | | | | | | |
| | 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <div>CALLE JONQUITO BARRIOS 76</div> <div>16.1 Calle y número</div> <div>16.2 Colonia</div> <div>NEXCUAYO</div> <div>16.3 Localidad</div> <div>MATLAPA</div> <div>16.4 Municipio o delegación</div> <div>SAN LUIS POTOSÍ</div> <div>16.5 Entidad federativa</div> | | | | | | | | |
| DE LA DEFUNCIÓN | 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>27</div> <div>09</div> <div>20</div> <div>15</div> <div>06</div> <div>00</div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> <div>Horas</div> <div>Minutos</div> | | | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Sí</div> <div>0 1</div> <div>No</div> <div>0 2</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | 19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? <div>Sí</div> <div>0 1</div> <div>No</div> <div>0 2</div> | | | |
| | 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I</div> <div>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</div> <div>a) SHOCK HIPOVOLEMICO</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>b) ANEMIA SEVERA</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>c) SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO</div> <div>Debido a (o como consecuencia de)</div> <div>d) CAUCER DE PANCREAS</div> <div>PARTE II</div> <div>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</div> <div>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</div> <div>12 HRS</div> <div>29 HRS</div> <div>3 DIAS</div> <div>6 MESES</div> <div>Uso exclusivo del personal codificador</div> <div>Código CIE</div> | | | | | | | | |
| | 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <div>El embarazo</div> <div>0 1</div> <div>No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte</div> <div>0 4</div> <div>El parto</div> <div>0 2</div> <div>El puerperio</div> <div>0 3</div> | | | 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <div>Sí</div> <div>0 1</div> <div>No</div> <div>0 2</div> | | 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <div>Sí</div> <div>0 1</div> <div>No</div> <div>0 2</div> | | 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE | |
| | 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto <div>Accidente</div> <div>0 1</div> <div>Homicidio</div> <div>0 2</div> <div>Suicidio</div> <div>0 3</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | | 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <div>Sí</div> <div>0 1</div> <div>No</div> <div>0 2</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión <div>Vivienda particular</div> <div>0 0</div> <div>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</div> <div>0 1</div> <div>Escuela u oficina pública</div> <div>0 2</div> <div>Área deportiva</div> <div>0 3</div> <div>Calle o carretera (vía pública)</div> <div>0 4</div> <div>Área comercial o de servicios</div> <div>0 5</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | | 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? <div>Área industrial (taller, fábrica u obra)</div> <div>0 6</div> <div>Granja (rancho o parcela)</div> <div>0 7</div> <div>Otro</div> <div>0 8</div> <div>Se ignora</div> <div>0 9</div> | |
| | 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 <div>23.7.1 Calle y número</div> <div>23.7.2 Colonia</div> <div>23.7.3 Localidad</div> <div>23.7.4 Municipio o delegación</div> <div>23.7.5 Entidad federativa</div> | | | | | | | | |
| | DEL INF. | 24. NOMBRE <div>Francisco</div> <div>García</div> <div>Epitacio</div> <div>Nombre(s)</div> <div>Apellido paterno</div> <div>Apellido materno</div> | | | 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Esposo</div> | | | | |
| | DEL CERTIFICANTE | 26. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div> <div>0 1</div> <div>Médico legista</div> <div>0 2</div> <div>Otro médico</div> <div>0 3</div> <div>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</div> <div>0 4</div> <div>Autoridad civil</div> <div>0 5</div> <div>Otro</div> <div>0 8</div> | | | 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>7010231</div> <div>Número de la cédula profesional</div> | | | | |
| | | 28. NOMBRE <div>Horacio</div> <div>Bautista</div> <div>Aguiar</div> <div>Nombre(s)</div> <div>Apellido paterno</div> <div>Apellido materno</div> | | | 29. TELÉFONO <div>7771729603</div> | | | | |
| | DEL REG. CIVIL | 30. DOMICILIO <div>CALLE SAN JUAN #46, SAN MIGUEL.</div> | | | 31. FIRMA <div>[Firma]</div> | | | 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>28</div> <div>09</div> <div>20</div> <div>15</div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> | |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>Núm.</div> <div>01</div> <div>Libro Núm.</div> <div>05</div> <div>33.1 Acta Núm.</div> <div>00091</div> | | | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>34.1 Localidad</div> <div>34.2 Municipio o delegación</div> <div>34.3 Entidad federativa</div> <div>34.4 Día</div> <div>34.4 Mes</div> <div>34.4 Año</div> | | | | | | |

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