



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

México 2015
FOLIO

150681384

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 POSIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Liam Alejandro</u> Apellido paterno <u>Murillo</u> Apellido materno <u>Aniano</u>	
2. CURP [Empty]	
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 [Empty] Kilogramos Gramos	
7. TALLA [Empty] Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <u>12</u> <u>10</u> <u>2015</u>	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: [Empty] Meses Para menores de un mes: [Empty] Días Para menores de un día: [Empty] Horas Para personas de un año o más: <u>04</u> Años cumplidos	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 04 Separado(a) ☐ 05 Divorciado(a) ☐ 03 Vuelto(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 <u>Calle de Aguascalientes 469</u> 11.2 Colonia <u>Buenos Aires</u> 11.3 Localidad <u>San Juan</u> 11.4 Municipio o delegación <u>Temascaltepec</u> 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>Puebla</u>	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ 01 Primaria incompleta ☐ 02 Secundaria incompleta ☐ 04 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 07 Se ignora ☐ 09 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 03 Secundaria completa ☐ 05 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 06 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajos ☐ 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 ☐ 09	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 01 IMSS ☐ 03 REMEX ☐ 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 <u>HR44</u> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Empty]	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número <u>Calle de San Martín Km 3</u> 16.2 Colonia <u>Zaragoza</u> 16.3 Localidad <u>San Juan</u> 16.4 Municipio o delegación <u>Temascaltepec</u> 16.5 Entidad federativa <u>Puebla</u>	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año <u>10</u> <u>11</u> <u>2015</u> Hora: <u>10</u> Minuto: <u>40</u>	
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, asfonia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) <u>Insuficiencia cardíaca</u> b) <u>Neumonia</u> c) <u>Cardiopatía coronaria</u> d) [Empty] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo. 20.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 El parto ☐ 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 El puerperio ☐ 03 22.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 23.1 ¿Qué enfermedad tenía el presunto agresor con ella el fallecido(a)? [Empty]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE <u>2 J01</u> Codigo CIE <u>3 J01</u> Codigo CIE <u>4 J01</u>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 El parto ☐ 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05 El puerperio ☐ 03 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 22.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 01 No ☐ 02 23.1 ¿La defunción fue accidental o violenta? Especifique: 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 ¿La defunción fue registrada en el Menestero Público con el acta número: [Empty] 23.4 ¿Que enfermedad tenía el presunto agresor con ella el fallecido(a)? [Empty] 23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Empty] 23.6 ¿Se dio en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Empty] 23.7.2 Colonia [Empty] 23.7.3 Localidad [Empty] 23.7.4 Municipio o delegación [Empty] 23.7.5 Entidad federativa [Empty]	
24. NOMBRE Nombre(s) <u>Juliana</u> Apellido paterno <u>Aniano</u> Apellido materno <u>Murillo</u>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Mujer</u>	
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 Número de la cédula profesional <u>6480151</u>	
28. NOMBRE Nombre(s) <u>Luis Oziel</u> Apellido paterno <u>Murillo</u> Apellido materno <u>Murillo</u>	
29. TELÉFONO [Empty]	
30. DOMICILIO <u>Calle de San Martín Km 3</u> <u>Zaragoza</u> <u>San Juan</u> <u>Temascaltepec</u> <u>Puebla</u>	
31. FIRMA [Signature]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <u>10</u> <u>11</u> <u>2015</u>	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Empty] Libro Núm. [Empty]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Empty] 34.2 Municipio o delegación [Empty] 34.3 Entidad federativa [Empty] 34.4 Día Mes Año [Empty]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE DEBITAR ESTE ORIGINAL AL ACTA DE DEFUNCIÓN