

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

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.

150684040

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) JOSE JESUS APELLIDO paterno HERNANDEZ APELLIDO materno SOLAZAR		
	2. CURP H181213141111811510205104		3. SEXO Se ignora ☐ _99 Hombre ☒ _01 Mujer ☐ _02
	4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ _03 Otra ☐ _02 Se ignora ☐ _09		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ _01 No ☒ _02 Se ignora ☐ _09		6. PESO Kilogramos Gramos
	7. TALLA Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 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 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
DE LA DEFUNCIÓN	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a). 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)		
	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 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 OCURRENCIA 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 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 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
MORTALES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	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 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 morboso que la produjo		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ _01 No ☐ _02
	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
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, 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 Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) ☐ _01 Escuela u oficina pública ☐ _02 Área deportiva ☐ _03 Calle o carretera (vía pública) ☐ _04 Área comercial o de servicios ☐ _05		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? 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:		23.6 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 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		
DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) APELLIDO paterno APELLIDO materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
	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
	28. NOMBRE Nombre(s) APELLIDO paterno APELLIDO materno		29. TELÉFONO
	30. DOMICILIO		31. FIRMA
EL REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		