



150684068

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL
INE

DEL CERTIFICANTE

IL REG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Ma Irene Apellido paterno Rivero Apellido materno Martinez					
2. CURP R I M A S Y 4 0 2 2 1 M S P V R 8 0 4 Se ignora 99		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 Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 2 1 0 2 1 9 5 4					
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 Se ignora 09					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:			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		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 Se ignora 99 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 Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99 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		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) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) 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					
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
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 00 Área deportiva 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Calle o carretera (vía pública) 04 Escuela u oficina pública 02 Área comercial o de servicios 05 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) 06 Granja (ranchito 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					
24. NOMBRE Nombre(s) Sofra Apellido paterno Reyes Apellido materno Rivera			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hija		
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 5549333		
28. NOMBRE Nombre(s) Raúl Apellido paterno Salazar Apellido materno Rodríguez			29. TELÉFONO 0-96-01-00		
30. DOMICILIO Valentina Amador 1112, Colonia Rivas Cuernavaca			31. FIRMA [Firma]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año 1 7 1 2 2 0 1 5					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Libro Núm.			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad		