

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) EDWIN YAHIR						DE LA ROSA Apellido paterno						OLIVARES Apellido materno											
2. CURP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Se ignora <input type="radio"/> 99						3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9											
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 9						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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Se ignora <input type="radio"/> 9						9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						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 type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9											
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) AVENIDA HIMNO NACIONAL 35 11.1 Calle y número VILLA DE ZARAGOZA 11.4 Municipio o delegación						LA SAUCEDA 11.2 Colonia						VILLA DE ZARAGOZA 11.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)											
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <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 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 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input 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 checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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 2407639128																	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría 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 IMSS 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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99																	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN AVENIDA HIMNO NACIONAL 35 16.1 Calle y número VILLA DE ZARAGOZA 16.4 Municipio o delegación						LA SAUCEDA 16.2 Colonia						VILLA DE ZARAGOZA 16.3 Localidad SAN LUIS POTOSI 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 <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9						19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2											
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) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Debido a (o como consecuencia de) b) BRONCOASPIRACION Debido a (o como consecuencia de) c) INFECCION RESPIRATORIA AGUDA Debido a (o como consecuencia de) d) _____ CAUSAS ANTERECEDENTES 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						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 minutos 10 minutos 4 días Código CIE J96.9 T175 J17.7						Uso exclusivo del personal codificador											
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5						22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2						22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2											
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? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []						21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I20																	
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 LORENZA Nombre(s)						ALMENDARIZ Apellido paterno						MENZEZ Apellido materno											
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) ABUELA PATERNA																							
26. CERTIFICADA POR						27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO																	

