

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

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

PRENE

Nombre(s)

Varouza

Apellido paterno

Lozano

Apellido materno

2. CURP

Se ignora

099

3. SEXO

Hombre

01

Mujer

02

Se ignora

09

4. NACIONALIDAD

Mexicana

01

Otra

02

Se ignora

09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si

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

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

011

Profesional

07

Se ignora

099

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba

Si

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

010

Se ignora

099

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?

Si

01

No

02

Se ignora

09

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si

01

No

02

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a)

b)

c)

d)

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

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

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?

Si

01

No

02

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si

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?

Si

01

No

02

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular

00

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)

01

Escuela u oficina pública

02

Área industrial (taller, fábrica u obra)

06

Área deportiva

03

Calle o carretera (vía pública)

04

Área comercial o de servicios

05

Granja (rancho o parcela)

07

Otro

08

Se ignora

09

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

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

Benito

Varouza

Lozano

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

Hermano

DEL FALLECIDO

DEL DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.