



ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>MARIA DELFINA</b> <small>Nombre(s)</small>		<b>HERNANDEZ</b> <small>Apellido paterno</small>		<b>HERNANDEZ</b> <small>Apellido materno</small>	
2. CURP <b>HEHD4440813MSPRLI06</b>		3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer		4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora		6. PESO <b>38</b> Kilogramos <b>000</b> Gramos		7. TALLA <b>1</b> Metros <b>50</b> Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora <input type="text"/> Minutos Para menores de un día <input type="text"/> Horas Para menores de un mes <input type="text"/> Dias Para menores de un año <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más <b>7</b> Años cumplidos <b>1</b> Se ignora		10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanentemente donde vivía el fallecido(a) <b>CALLE: EMILIANO ZAPATA S/N</b> <b>TAMASOPO</b> <small>11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)</small>					
12. ESCOLARIDAD <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora		13. OCUPACIÓN HABITUAL <b>HOGAR</b> <input type="radio"/> Se ignora		13.1 Trabajaba <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora		14.1 Número de seguridad social o afiliación <b>2406327612</b>			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Se ignora					
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>CALLE: EMILIANO ZAPATA S/N</b> <b>TAMASOPO</b> <small>16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa</small>					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <b>24042016</b> <b>14:30</b> <small>Día Mes Año Horas Minutos</small>		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) <b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <b>INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO</b> <b>ENFERMEDAD DE HODGKING</b> <b>SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA</b> <small>Debido a (o como consecuencia de) Debido a (o como consecuencia de) Debido a (o como consecuencia de)</small>					
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consagrada arriba mencionándose en último lugar la causa básica <b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <b>1 MES</b> <b>3 meses</b> <b>MINUTOS</b> <b>Código CIE</b>					
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>1</b>					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> No <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora					
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora					
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 ¿Ocurrió en su trabajo? Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora 23.2 ¿Ocurrió en su trabajo? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora 23.3 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con ella? (fallecido(a)? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con ella? (fallecido(a)? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora					
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>					
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: <input type="text"/>					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número <input type="text"/> 23.7.2 Colonia <input type="text"/> 23.7.3 Localidad <input type="text"/> 23.7.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 23.7.5 Entidad federativa <input type="text"/>					
24. NOMBRE <b>ROSA</b> <small>Nombre(s)</small>		<b>MARTINEZ</b> <small>Apellido paterno</small>		<b>HERNANDEZ</b> <small>Apellido materno</small>	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <b>Hija</b>					
26. CERTIFICADA POR Médico <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <b>12772631</b> <small>Número de la cédula profesional</small>		29. TELÉFONO <b>01-481-133-74-61</b>	
28. NOMBRE <b>GREGORIO</b> <small>Nombre(s)</small>		<b>VEGA</b> <small>Apellido paterno</small>		<b>MENDOZA</b> <small>Apellido materno</small>	
30. DOMICILIO <b>TAMASOPO, S.L.P.</b>		31. FIRMA 			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN <b>24042016</b> <small>Día Mes Año</small>		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <b>1</b> <small>Libro Num. 5</small>			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <b>TAMASOPO</b> <small>34.1 Localidad</small>		35. NÚMERO DE REGISTRO <b>036</b>			