



CERTIFICADO DE DEFUNCION

160619060

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION Y LA 2ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) DIONICIA VAZQUEZ NICOLAS		Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP VIAND1681121191MSPIZICNO16		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1/ Mujer <input checked="" type="radio"/> 2/	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input checked="" type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9/		6. PESO 58.000 Kilogramos Gramos	
7. TALLA 1.35 Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO 19/12/1968 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 49 Se ignora <input type="radio"/> 9/		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 1/ Separado(a) <input type="radio"/> 6/ Divorclado(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 Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Benito Juárez #11 Axtla de Terrazas 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)		13. OCUPACION HABITUAL Lab. Hogar Se ignora <input type="radio"/> 9/	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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"/> 9/9/		14.1 Número de seguridad social o afiliación 2404006784-1	
14. AFILIACION 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/		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION 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/	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION Benito Juárez #11 Axtla de Terrazas 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 16.6 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 01/10/2016 23:30 Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 9/	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote 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) Paro Cardio Respiratorio Debido a (o como consecuencia de) b) Insuficiencia Renal Crónica Debido a (o como consecuencia de) c) Diabetes Mellitus tipo 2 Descontrolada Debido a (o como consecuencia de) d) Hipertension Arterial Descontrolada PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Desnutrición Severa		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 1/ No <input checked="" type="radio"/> 2/	
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1/ El parto <input type="radio"/> 2/ El puerperio <input type="radio"/> 3/		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <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? Si <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"/> 1/ Área deportiva <input type="radio"/> 3/ 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/ Se ignora <input type="radio"/> 9/		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(LA) fallecido(a)? 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/	
23.5 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		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE	
23.7 Sólo en caso de accidente, añote 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 Epifanio Felipe Domínguez Pareja Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1/ Médico legista <input type="radio"/> 2/ Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3/ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4/ Autoridad civil <input type="radio"/> 5/ Otro <input type="radio"/> 8/		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3416525 Número de la cédula profesional	
28. NOMBRE Fany García Torres Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO 4893650664	
30. DOMICILIO Morelos #42, Col. San Miguel Axtla de Terrazas, S.L.P.		31. FIRMA Fany García	
32. FECHA DE CERTIFICACION 03/10/2016 Día Mes Año		33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. 01 , Libro Núm. 05 33.1 Acta Núm. 160	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad Atlixco y s de mayo altas, S/L 34.2 Municipio o delegación Axtla de Terrazas, S.L.P. 34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año 10/10/2016	

160619060

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD