

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Ricren nacido	Apellido paterno Garcia	Apellido materno Garcio	
2. CURP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Se ignora O ₉₉	3. SEXO Hombre O ₁ Mujer O ₂ Se ignora O ₉	4. NACIONALIDAD Mexicana O ₁ Otra O ₂ Se ignora O ₉	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉	6. PESO [] [] . [] [] Kilogramos Gramos 3 . 250	7. TALLA [] [] . [] [] Metros Centímetros . 50	8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 05 / 07 / 2016
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas Para mejores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora O ₉	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre O ₄ Separado(a) O ₆ Divorciado(a) O ₃ Viudo(a) O ₂ Soltero(a) O ₁ Casado(a) O ₅ Se ignora O ₉	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a)	
Calle Francisco I Madero #108 San Martín Chalchihuautla El huayal Son Luis Potosí	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 O ₁ Primaria incompleta O ₂ Secundaria incompleta O ₄ Bachillerato o preparatoria incompleta O ₁₁ Profesional O ₇ Se ignora O ₉₉ Preescolar O ₁₂ Primaria completa O ₃ Secundaria completa O ₅ Bachillerato o preparatoria completa O ₆ Posgrado O ₁₀	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna O ₁ ISSSTE O ₃ SEDENA O ₅ Seguro Popular O ₇ Otra O ₈ IMSS O ₂ PEMEX O ₄ SEMAR O ₆ IMSS Oportunidades O ₁₀ Se ignora O ₉₉	14.1 Número de seguridad social o afiliación	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud O ₁ IMSS O ₃ PEMEX O ₅ SEMAR O ₇ Unidad médica privada O ₉ IMSS Oportunidades O ₂ ISSSTE O ₄ SEDENA O ₆ Otra unidad pública O ₈	Vía pública O ₁₀ Otro lugar O ₁₂ Hogar O ₁₁ Se ignora O ₉₉
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Carretera San Martín km3 Tampazunchale Zacotitan San Luis Potosí	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 15 / 07 / 2016 17 : 00	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉
19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? SI O ₁ No O ₂	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE J69.0	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 la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	Códigos adicionales E5+I K86X	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE J1916.10	22. Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo O ₁ El parto O ₂ El puerperio O ₃ 43 días a 11 meses después del parto o aborto O ₄ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte O ₅
23. Si la muerte fue accidental O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidente O ₁ Homicidio O ₂ Suicidio O ₃ Se ignora O ₉ Si O ₁ No O ₂ Se ignora O ₉	23.1 Fue un presunto 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular O ₁ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) O ₁ Escuela u oficina pública O ₂ Área deportiva O ₃ Calle o carretera (vía pública) O ₄ Área comercial o de servicios O ₅ Se ignora O ₉	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con...? Áreas Industrial (taller, fábrica u obra), Granja (rancho o parcela), Otro, Se ignora O 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	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 Juana Garcia Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno
25. CERTIFICADA POR Médico tratante O ₁ Médico legista O ₂ Otro médico O ₃ Persona autorizada por la Secretaría de Salud O ₄ Autoridad civil O ₅ Otro O ₈	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional 4644566	27. TELÉFONO	28. NÚMERO DE REGISTRO PROFESIONAL
29. NOMBRE María Julia Gonzalez Garcia Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	30. DOMICILIO Calle y número Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa	31. FECHA Y LUGAR DE EMISIÓN Día Mes Año Ciudad Estado País	32. OBSERVACIONES

