

SE ENTREGARÁ EL ORIGINAL, LA 1ª 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

A 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)		2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
MATIAS LUNA CAMACHO				Hombre ☒ Mujer ☐		Mexicana ☒ Otra ☐	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		003.700		0.47		13052016	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL		12. ESCOLARIDAD	
Para menores de una hora ☐ Para menores de un día ☐ Para menores de un mes ☐ Para menores de un año ☐ Para personas de un año o más ☐ Se ignora ☐		En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		Ninguna ☒ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: 019086432		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):		12.1 Trabajo ☐ No ☒ Se ignora ☐		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ampliación Ajinche s/n Loc. Ajinche Ebanu Saulus Potosi				ninguna		13.1 Trabajaba Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
Ninguna ☒ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS Oportunidades ☐ Se ignora ☐				Secretaría de Salud ☐ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐ IMSS Oportunidades ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐		Ampliación Ajinche s/n Loc. Ajinche Ebanu Saulus Potosi	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
22052016 05:30		Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		Si ☐ No ☒		a) Insuficiencia Respiratoria Aguda b) Cardiopatía Congénita c) SÍNDROME DE BOWEN	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		23. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		24. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐		Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		25. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28. NOMBRE		29. TELÉFONO	
Médico tratante ☐ Médico legista ☒ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		3054177		JOSE ERNESTO ORDAZ CASTRO		8451023422	
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
INDEPENDENCIA #16 COL. 20 DE NOVIEMBRE				25052016		Núm. 01 Libro Núm. 05	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
Ebanu 016							

160623004