

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) MARIA FRANCISCA HERNANDEZ MARTINEZ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | |
| 2. CURP HEMF740806MSPP030303 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | |
| 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 |
| 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 6. PESO 068 Kilogramos 00 Gramos |
| 7. TALLA 1 Metros 57 Centímetros | | 8. FECHA DE NACIMIENTO 06/08/1977 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 042 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____ | | |
| 10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Juarez 07 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad Xilitla Itztacapa S.L.P. 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | |
| 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"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | |
| 13. OCUPACIÓN HABITUAL ama de casa Se ignora <input type="radio"/> 9 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| 14. AFILIACIÓN 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 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | |
| 14.1 Número de seguridad social o afiliación 2406332384 | | |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" 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 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica HEC Xilitla 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad Xilitla San Antonio Xalcuayo II S.L.P. 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa | | |
| 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 20/11/2016 12:45 Día Mes Año Horas Minutos | | |
| 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | 19. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 |
| 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) infarto agudo al miocardio fulminante Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Deshidratación severa Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Síndrome emético Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica | | |
| Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 5 minutos 24 horas 24 horas | | |
| Uso exclusivo del personal codificador Código | | |
| 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ | | |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 AÑOS O MÁS 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 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <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? Sí <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"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 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 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 Enrique Reyes Hernandez Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno | | |
| 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) esposo | | |
| 26. CERTIFICADA POR 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | |

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL
INF.

7086

