

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

100627257

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Bautista Apellido paterno Martinez Apellido materno	
2. CURP	3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9
4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	6. PESO 3 300 Kilogramos Gramos
7. TALLA 52 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 31 10 2016 Día Mes Año
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos Para menores de un día Horas 01 Para menores de un mes Días Para menores de un año Meses Para personas de un año o más Años cumplidos Se ignora ☐ 9	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 8 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☒ 1 Casado(a) ☐ 5 Se ignora ☐ 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número San Martín Chalchicuautla 11.2 Colonia El Jolo 11.3 Localidad San Luis Potosí 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 9 Preescolar ☐ 12 Primaria completa ☐ 3 Secundaria completa ☐ 5 Bachillerato o preparatoria completa ☐ 6 Posgrado ☐ 10	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 9	
14.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 8 IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 9 15.1 Nombre de la unidad médica HRP No 44 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Via pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 12 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 9	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número Tama Zunchale 16.2 Colonia Zacatipan 16.3 Localidad San Luis Potosí 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 31 10 2016 01 08 Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Anencefalia Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTES II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular ☐ 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Área deportiva ☐ 3 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Área comercial o de servicios ☐ 5 Se ignora ☐ 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? 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 Solo 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 Bautista Martinez	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Mache	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

ENTREGUE EL ORIGINAL LA COPIA AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA A: NEG. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS