



170640934

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Francisco Javier Guzmán Guzmán</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>					
2. FECHA DE NACIMIENTO <div>____/____/____</div> <div>Día Mes Año</div>		3. SEXO <div>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Guerrero</div> <div>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</div>		
5. CURP <div>____</div>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <div>Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>			
7. NACIONALIDAD <div>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____</div>		8. EDAD CUMPLIDA <div>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: 43 Años cumplidos</div>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: ____		9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>			
10. RESIDENCIA HABITUAL <div>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)</div> <div>10.1 Tipo de vivienda: ____ 10.2 Nombre de la vivienda: ____</div> <div>10.3 Núm. Exterior: ____ 10.4 Núm. Interior: ____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: ____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: ____</div> <div>10.7 Código Postal: ____ 10.8 Localidad: ____ 10.9 Municipio o delegación: ____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): ____</div>					
11. ESCOLARIDAD <div>Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> La escolaridad seleccionada es: ____ 11.1 La escolaridad seleccionada es: ____ 12.1 Trabajaba: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: ____</div>					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: ____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): ____</div> <div>Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <div>15.1 Tipo de vivienda: ____ 15.2 Nombre de la vivienda: ____</div> <div>15.3 Núm. Exterior: ____ 15.4 Núm. Interior: ____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: ____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: ____</div> <div>15.7 Código Postal: ____ 15.8 Localidad: ____ 15.9 Municipio o delegación: ____ 15.10 Entidad federativa: ____</div>					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <div>13/03/2017 20:05</div> <div>Día Mes Año Horas Minutos</div>				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <div>Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/></div>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <div>Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></div>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) ____ b) Neumonía Atípica Debido a (o como consecuencia de) ____ c) ____ 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</div> <div>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes Mellitus Tipo 2 Obesidad mórbida</div>				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: ____ Código CIE: ____	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: ____ Código CIE: ____
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: ____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): ____				22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: ____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: ____				22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: ____	
22.7.1 Tipo de vivienda: ____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: ____				22.7.3 Núm. Exterior: ____ 22.7.4 Núm. Interior: ____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: ____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: ____	
22.7.7 Código Postal: ____ 22.7.8 Localidad: ____ 22.7.9 Municipio o delegación: ____ 22.7.10 Entidad federativa: ____				23. NOMBRE <div>____</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>____</div>				25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> Especifique: ____</div>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <div>Número de la cédula profesional: ____</div>				27. NOMBRE <div>____</div> <div>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</div>	
28. FIRMA <div>____</div>				29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vivienda: ____ 29.2 Nombre de la vivienda: ____ 29.3 Núm. Exterior: ____ 29.4 Núm. Interior: ____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: ____</div> <div>29.6 Nombre del asentamiento humano: ____ 29.7 Código Postal: ____ 29.8 Localidad: ____ 29.9 Municipio o delegación: ____ 29.10 Entidad federativa: ____ 29.11 Teléfono: ____</div>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <div>____/____/____</div> <div>Día Mes Año</div>				31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <div>____</div>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>____</div>				33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>____</div>	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL
NF.

DEL CERTIFICANTE

52

170640934