

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE EMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>maria tizakeh sanchez contreras</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>04/06/1966</u>		3. SEXO <u>Hombre</u> <input type="radio"/> <u>Mujer</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Colima</u>		
5. CURP <u>LAIC1816060604M-PINN1017</u>		
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD <u>Mexicana</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Otra</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA <u>59 años</u>		
9. ESTADO CONYUGAL <u>En unión libre</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Separado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Viudo(a)</u> <input type="radio"/> <u>Casado(a)</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL <u>440 Calle Colima</u>		
11. ESCOLARIDAD <u>Primaria</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Preescolar</u> <input type="radio"/> <u>Secundaria</u> <input type="radio"/> <u>Bachillerato o preparatoria</u> <input type="radio"/> <u>Profesional</u> <input type="radio"/> <u>Posgrado</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		
12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Trabajaba</u> <input checked="" type="radio"/> <u>No</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <u>IMSS</u> <input checked="" type="radio"/> <u>ISSSTE</u> <input type="radio"/> <u>SEDENA</u> <input type="radio"/> <u>Seguro Popular</u> <input type="radio"/> <u>Otra</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Secretaría de Salud</u> <input checked="" type="radio"/> <u>IMSS</u> <input type="radio"/> <u>PEMEX</u> <input type="radio"/> <u>SEMAR</u> <input type="radio"/> <u>Unidad médica pública</u> <input type="radio"/> <u>Unidad médica privada</u> <input type="radio"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa</u>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>17/06/2018 12:33</u>		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>		

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
a) <u>Neumonía adquirida en la comunidad</u>	
b) <u>Tuberculosis pulmonar</u>	
c) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
d) <u>Debido a (o como consecuencia de)</u>	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN <u>Código CIE</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <u>El embarazo</u> <input checked="" type="radio"/> <u>El parto</u> <input type="radio"/> <u>El puerperio</u> <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
22.1 Fue un presunto <u>Accidente</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Homicidio</u> <input type="radio"/> <u>Suicidio</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <u>No</u> <input checked="" type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión <u>Vivienda particular</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Área deportiva</u> <input type="radio"/> <u>Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)</u> <input type="radio"/> <u>Calle o carretera (vía pública)</u> <input type="radio"/> <u>Escuela u oficina pública</u> <input type="radio"/> <u>Área comercial o de servicio</u> <input type="radio"/> <u>Se ignora</u> <input type="radio"/>	
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) <u>Se ignora</u> <input checked="" type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u>22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio</u>	
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 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</u>	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. NOMBRE <u>maria tizakeh sanchez contreras</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	
25. CERTIFICADA POR <u>Médico tratante</u> <input checked="" type="radio"/> <u>Médico legista</u> <input type="radio"/> <u>Otro médico*</u> <input type="radio"/> <u>Persona autorizada por la Secretaría de Salud</u> <input type="radio"/> <u>Autoridad civil*</u> <input type="radio"/> <u>Otro*</u> <input type="radio"/> <u>Especifique</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>Número de la cédula profesional</u>	
27. NOMBRE <u>maria tizakeh sanchez contreras</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 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</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>17/06/2018</u>	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO <u>Núm. Libro Núm.</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <u>32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día 32.5 Mes 32.6 Año</u>	