

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Rosa María Cruz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 24 08 1973 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO San Luis Potosí Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP GAACR7308124MSIPRDS05S Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> Minutos Para menores de un día: <input type="text"/> Horas Para menores de un mes: <input type="text"/> Días Para menores de un año: <input type="text"/> Meses Para personas de un año o más: 04 4 Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Tlalampantla 10.2 Nombre de la vivienda: Tlalampantla 10.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 10.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tlalampantla 10.6 Nombre del asentamiento humano: Tlalampantla 10.7 Código Postal: <input type="text"/> 10.8 Localidad: Tlalampantla 10.9 Municipio o delegación: Tlalampantla 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Estado de México	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Secundaria 11.2 Ocupación habitual: Ama de casa 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación: 2099	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input checked="" type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: Hospital Regional No. 99 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): <input type="text"/> 14.3 Tipo de vivienda: Hospital 14.4 Nombre de la vivienda: Hospital	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: Zaragoza 15.2 Nombre de la vivienda: Zaragoza 15.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 15.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 15.5 Tipo de asentamiento humano: Zaragoza 15.6 Nombre del asentamiento humano: Zaragoza 15.7 Código Postal: <input type="text"/> 15.8 Localidad: Zaragoza 15.9 Municipio o delegación: Zaragoza 15.10 Entidad federativa: San Luis Potosí	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 01 10 2018 17 00 Día Mes Año Horas Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Evento Vascular Cerebral Debido a (o como consecuencia de) Embarazo 2 horas b) Embarazo Hipertensivo Debido a (o como consecuencia de) Hipertensión Arterial Sistémica 2 horas c) Hipertensión Arterial Sistémica Debido a (o como consecuencia de) Adenocarcinoma Hístico 17 años d) Adenocarcinoma Hístico Debido a (o como consecuencia de) Adenocarcinoma Hístico 7 meses PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 2099	
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"/> 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 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas compliraron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): IMSS 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 170655753 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Adenocarcinoma Hístico 22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: Adenocarcinoma Hístico 22.7.2 Nombre de la vivienda: Adenocarcinoma Hístico 22.7.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 22.7.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Adenocarcinoma Hístico 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: Adenocarcinoma Hístico 22.7.7 Código Postal: <input type="text"/> 22.7.8 Localidad: Adenocarcinoma Hístico 22.7.9 Municipio o delegación: Adenocarcinoma Hístico 22.7.10 Entidad federativa: Adenocarcinoma Hístico	
23. NOMBRE Benito Antonio Del Cruz Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 4731999 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Janeth Amaru Amador Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA Janeth Amador	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: Adenocarcinoma Hístico 29.2 Nombre de la vivienda: Adenocarcinoma Hístico 29.3 Núm. Exterior: <input type="text"/> 29.4 Núm. Interior: <input type="text"/> 29.5 Tipo de asentamiento humano: Adenocarcinoma Hístico	