



Modelo 2017.1

FOLIO

180645799

6 F569E

LIA

LARES ON/C0/C-43/S 0/A5

EN FRENTE AL ORIGINAL LA 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUILLENES NO TENGAN DNI.

AVL/2 SANIC
**LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESSION
DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESSION DE
SUSCRIPTORES DE SERVICIOS.**

SQUARES ON CO/C-47/S 01/ASS

REG. IL.	DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSSESIÓN DE PARCULARES ONCO/C-97/S DIAS	MARTA LILIA RUIZ Sánchez															
		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Primer Apellido			Segundo Apellido						
2. FECHA DE NACIMIENTO		10/05/1956		3. SEXO		Hombre <input checked="" type="radio"/>		Mujer <input type="radio"/>		Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
Día Mes Año												Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)					
5. CURP		RJUSM16011510MNCZNR01Y		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		Si <input type="radio"/> 1		No <input checked="" type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99		7. NACIONALIDAD					
				Si <input type="radio"/> 1		No <input checked="" type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1		Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique					
8. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año		Para personas de un año o más		9. ESTADO CONYUGAL					
		Minutos		Horas		Días		Meses		Años cumplidos		Separado(a) <input type="radio"/> 6					
												Viudo(a) <input type="radio"/> 2					
												Casado(a) <input type="radio"/> 5					
												Soltero(a) <input type="radio"/> 1					
Para menores de 28 días anote:		8.1 Fólio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		10.1 Tipo de vialidad		10.2 Nombre de la vialidad		10.6 Nombre del asentamiento humano					
								10.4 Núm. Exterior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.7 Código Postal					
								10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)					
10. RESIDENCIA HABITUAL		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)															
		Calle 67, Colonia Praderas de San Virgilio															
11. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input checked="" type="radio"/> 3		Secundaria <input type="radio"/> 5		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL					
		Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8		Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99		Completa <input type="radio"/> 1		Incompleta <input type="radio"/> 2					
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		12.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1					
		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		12.2 No trabajaba <input type="radio"/> 2					
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input checked="" type="radio"/> 3		PEMEX <input type="radio"/> 5		SEMAR <input type="radio"/> 7		Hospital General de Zona Número 50		Vía pública <input type="radio"/> 10					
		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDENA <input type="radio"/> 6		Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Otro lugar <input type="radio"/> 12					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		205		Colonia		15.1 Tipo de vialidad		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano		Hogar <input type="radio"/> 11					
		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		Se ignora <input type="radio"/> 99					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		21/10/12 01:18		10:14:19		15.2 Nombre de la vialidad		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
		Día Mes Año		Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)														Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente														20 mcs			
a) Cáncer de mama Debido a (o como consecuencia de)														Código CIE C509			
b)																	
c)																	
d)																	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo																	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS														Uso exclusivo del personal calificado			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:														20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE C15019			
El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
43 días a 11 meses <input type="radio"/> 4		No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE														Área industrial <input type="radio"/> 6			
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1														Vivienda particular <input type="radio"/> 0		Área deportiva <input type="radio"/> 3	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2														Vivienda colectiva (<i>asilo, orfanato, etc.</i>) <input type="radio"/> 1		Calle o carretera (<i>vía pública</i>) <input type="radio"/> 4	
Accidente <input type="radio"/> 1, Homicidio <input type="radio"/> 2, Suicidio <input type="radio"/> 3, Se ignora <input type="radio"/> 9														Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		(rancho o parcela) <input type="radio"/> 7	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión														Otro <input type="radio"/> 8			
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:														Se ignora <input type="radio"/> 0			
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio														22.7.1 Tipo de vialidad			
22.7.2 Número del asentamiento humano														22.7.2 Nombre de la vialidad			
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior														22.7.5 Tipo de asentamiento humano			
22.7.7 Código Postal														22.7.6 Nombre del asentamiento humano			
22.7.8 Localidad														22.7.9 Municipio o delegación			
22.7.10 Entidad federativa														22.8.1			
23. NOMBRE														24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
Dra. Elena Colchán														Hija			
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido														26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
25. CERTIFICADA POR														608001			
Médico tratante <input type="radio"/> 1, Médico legista <input type="radio"/> 2, Otro médico <input type="radio"/> 3														Número de la cédula profesional			
Persona autorizada por la <input type="radio"/> 4, Autoridad civil <input type="radio"/> 5, Otro* <input type="radio"/> 8														*Especifique			
Secretaría de Salud																	
27. NOMBRE														28. Firma			
Rosa Elena Colchán														28.1			
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido														28.2			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO														29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior			
Av. Guadalajara														29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano														29.7 Código Postal			
29.8 Localidad														29.11 Teléfono			
29.9 Municipio o delegación														30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
29.10 Entidad federativa														21/10/12 01:18			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO														32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
32.1 Localidad														32.2 Fecha			

卷之三

180645799

**HERIDAS ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

DEI CERTIFICANTE

**25. CERTIFICA
M**
Persona autorizada en la
Secretaría de
27. NOMBRE
29. DOMICILIO
Pradast

Dra.
No.
CADA POR
Médico tratan
torizada por
de Salud
E *Ric*
Nom:
DNI y TELÉF.
Dr. Ric
6. Nombre d.

Nombre(s)
ate 1 M
la 4 Au
osa
bre(s)
ONO A
29
Voces
el esentamiento

édico legista
toridad civil*
Elena
Averci
0.1 Tipo de vi
ento humano

O₂ O₅

Primer Apellido
médico
Otro

9
3
8

n

Tegucigalpa
29.2 Nombra
31913
Código Postal

Se

~~Segundo Apelli~~
dique
~~CXV~~
Segundo Apel
ad
S. L.
29

do	26. S
lido	29. 3
8 Localidad	P

EL CERTIF
60
N
05
Num. Extenc
1031

ICANTE ES
0820
Número de la
28. FIRMA
29.4 Nomb
30. F

MÉDICO
01
cédula profesi
n. Interior
ECHA DE C

29.5

10

100