



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>La Santa Ana Bautista Villanueva</b>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>2010 03 11 19 19</b>		5. CURP <b>PAVSL11031101801MS11LNU16</b>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="radio"/> 09 Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 ignora <input type="radio"/> 09		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: Años cumplidos <b>02 24</b> Se ignora <input type="radio"/> 09	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento.		8.2 Semanas de gestación.		8.3 Peso (gramos):		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Vuelto(a) <input type="radio"/> 02 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vitalidad <b>Redemiel</b> 10.2 Nombre de la vitalidad							
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del 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)		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 05 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 privada <input type="radio"/> 09		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vitalidad 15.2 Nombre de la vitalidad		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	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos <b>2015 03 19 19 19</b>							
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09							
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02							
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfemia, etc.) a) <b>Intoxicación por Organofosforador</b> b) <b>Debido a (c) como consecuencia de)</b> c) <b>Debido a (c) como consecuencia de)</b> d) <b>Debido a (c) como consecuencia de)</b>							
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 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"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02							
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 homicidio <input type="radio"/> 02 suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva <input type="radio"/> 01 Calle o carretera <input type="radio"/> 04 (taller, fábrica u obra) Granja <input type="radio"/> 07 (rancho o parcela) Otro <input type="radio"/> 08 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 de servicio Se ignora <input type="radio"/> 09 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con ella(a) 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 vitalidad 22.7.2 Nombre de la vitalidad							
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 Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido							
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)							
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil* <input type="radio"/> 05 Otro* <input type="radio"/> 08 *Especifique Número de la cédula profesional							
28. FIRMA							
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vitalidad 29.2 Nombre de la vitalidad 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							
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.							
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año							



190673808

\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES