

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Pedro Luis BALBUENA SOLIS		Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 06/03/1978		3. SEXO Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Jalisco		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP A154102		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique		Se ignora ☐ 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: 40		Se ignora ☐ 9	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación: 8.3 Peso (gramos):	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 5 Casado(a) ☐ 9 Se ignora ☐ 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): Calle Hecatezuma Santa Cruz de los Rios Jalisco	
10.1 Tipo de vialidad: 10.2 Nombre de la vialidad: 10.3 Núm. Exterior: 10.4 Núm. Interior: 10.5 Tipo de asentamiento humano: Tamala 10.6 Nombre del asentamiento humano: Jalisco		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 ☐ 1 Preescolar ☐ 12 Primaria ☐ 3 Secundaria ☒ 5 Tercera ☐ 6 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Profesional ☐ 8 Posgrado ☐ 10 Se ignora ☐ 9		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☒ 1 Incompleta ☐ 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Mesero		Se ignora ☐ 9	
12.1 Trabajaba: Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		13.1 Número de seguridad social o afiliación:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS PROSPERA ☐ 10 Se ignora ☐ 9		13.2 Tipo de afiliación: Via pública ☐ 10 Otro lugar ☒ 12 Hogar ☐ 9 Se ignora ☐ 9	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 IMSS PROSPERA ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8 Unidad médica privada ☐ 9		14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Hecatezuma Santa Cruz de los Rios Jalisco		15.1 Tipo de vialidad: 15.2 Nombre de la vialidad: 15.3 Núm. Exterior: 15.4 Núm. Interior: 15.5 Tipo de asentamiento humano: Tamala 15.6 Nombre del asentamiento humano: Jalisco	
15.7 Código Postal: 15.8 Localidad: 15.9 Municipio o delegación: 15.10 Entidad federativa:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 09/10/2019 05:40	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ 1 No ☒ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) Neuroinfección Debido a (o como consecuencia de): b) Tuberculosis Meningea Debido a (o como consecuencia de): c) Síndrome inmuno de Langer Adquirido Debido a (o como consecuencia de): d) 		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 días 1 mes 15 días Código CIE:	
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 ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3 3 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2 Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4 Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicio ☐ 5 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) 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 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:		23. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 155426 Número de la cédula profesional: 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) madre	
25. NOMBRE María Guadalupe Obdulio Solis Hdez		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 155426 Número de la cédula profesional: 27. NOMBRE JOSE LUIS BALBUENA SOLIS	
28. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico* ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 6 29. NOMBRE JOSE LUIS BALBUENA SOLIS		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 09/10/2019	
31. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Hecatezuma Santa Cruz de los Rios Jalisco		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tamala Jalisco 09/10/2019	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA ACTUAL O JUZGADO 05		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Tamala Jalisco 09/10/2019	

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES