

FOLIO
200625718

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Sebastian		2. FECHA DE NACIMIENTO 20/01/1961		3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☒ 2 Se ignora ☐ 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Mexico	
5. CURP SEBASTIAN GARCIA GONZALEZ		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☒ 9		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2 → Especifique		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 1		8.2 Semanas de gestación: 1		8.3 Peso (gramos): 1		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Viudo(a) ☐ 2 Casado(a) ☐ 3 Divorciado(a) ☐ 1 Soltero(a) ☐ 5 Se ignora	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 507		10.1 Tipo de vialidad Carretera		10.2 Nombre de la vialidad del Agujon		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 79460	
10.5 Tipo de asentamiento humano Comunidad		10.6 Nombre del asentamiento humano San Juan Pinos		10.7 Código Postal 79460		10.8 Localidad San Juan Pinos	
10.9 Municipio o Alcaldía San Juan Pinos		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) Mexico		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 4 Tercera ☐ 5 Bachillerato o preparatoria ☐ 6 Profesional ☐ 7 Posgrado ☐ 8 Se ignora ☒ 9		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa ☐ 1 Incompleta ☐ 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☒ 2 SEDENA ☐ 3 IMSS ☐ 4 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 6 Seguro Popular ☐ 7 Otra ☐ 8 IMSS PROSPERA ☐ 9 Se ignora ☒ 10		13.1 Número de seguridad social o afiliación 1234567890		13.2 Fecha de inscripción 12/01/2012	

DE LA DEFUNCIÓN

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)		Vía pública ☐ 10 Otro lugar ☐ 11 Hogar ☐ 11 Se ignora ☐ 11	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano		15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 15.6 Nombre del asentamiento humano		15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		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 (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) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Neumonía por neumococo Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d)		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo Diabetes mellitus tipo 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 7 días 7 días años	
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 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2		21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ 1 No ☐ 2	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			

**MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS**

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? Si ☐ 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ 6 Granja (rancho o parcela) ☐ 7 Otro ☐ 8 Se ignora ☐ 9	
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 A)					
22.7 Anote 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 Alcaldía		22.7.10 Entidad federativa	

DEL
INF.

23. NOMBRE			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
Nombre(s)			Primer Apellido	Segundo Apellido

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☒ 2 Otro médico* ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil* ☐ 5 Otro* ☐ 6			26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ *Especifique			_____ Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE _____ Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			28. FIRMA _____ _____					
29. DOMICILIO y TELÉFONO _____ 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			30. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____		