



SCAN

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO.

FOLIO
200636895

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Bartolo	Nombre(s)	Martinez	Primer Apellido	Martinez	Segundo Apellido
	2. FECHA DE NACIMIENTO 21 10 1966	Dia	Mes	Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Son Luis
5. CURP MAMB661021HS PRDR03	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Se ignora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → 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 Años cumplidos	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Esfuerzo Localidad La Chacca Municipio o Alcaldía Xilitla	10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 10.3 Núm. Exterior 8 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 Alcaldía			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 2	12. OCUPACION 12.1 Trabaja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8	14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle Cruzitalia 15.1 Tipo de vialidad 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 Alcaldía Xilitla	15.2 Nombre de la vialidad - San Antonio Xalcoayacal					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 19 05 2020 Día Mes Año 17 05 Horas Minutos	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2				
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, afección, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	a) Hipoxia tisular Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome de dificultad Respiratoria. Debido a (o como consecuencia de) c) Tuberculosis Pulmonar Debido a (o como consecuencia de) d) Diabetes Mellitus	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="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2				
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
23. MUERTE ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 23.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
23.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
24. DEL CERTIFICANTE 24.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	24.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	24.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
24.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
25. DEL CERTIFICANTE 25.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	25.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	25.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
25.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
26. DEL CERTIFICANTE 26.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	26.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	26.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
26.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
27. DEL CERTIFICANTE 27.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	27.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	27.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
27.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
28. DEL CERTIFICANTE 28.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	28.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	28.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
28.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
29. DEL CERTIFICANTE 29.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	29.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	29.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
29.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
30. DEL CERTIFICANTE 30.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	30.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	30.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
30.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
31. DEL CERTIFICANTE 31.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	31.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	31.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
31.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
32. DEL CERTIFICANTE 32.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	32.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	32.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
32.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
33. DEL CERTIFICANTE 33.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	33.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	33.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
33.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
34. DEL CERTIFICANTE 34.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	34.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	34.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
34.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
35. DEL CERTIFICANTE 35.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	35.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	35.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
35.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
36. DEL CERTIFICANTE 36.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	36.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	36.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
36.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
37. DEL CERTIFICANTE 37.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	37.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	37.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
37.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
38. DEL CERTIFICANTE 38.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	38.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	38.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
38.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
39. DEL CERTIFICANTE 39.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	39.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	39.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
39.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
40. DEL CERTIFICANTE 40.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	40.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	40.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
40.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
41. DEL CERTIFICANTE 41.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	41.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	41.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
41.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
42. DEL CERTIFICANTE 42.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	42.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	42.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
42.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
43. DEL CERTIFICANTE 43.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	43.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	43.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
43.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
44. DEL CERTIFICANTE 44.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	44.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	44.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
44.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
45. DEL CERTIFICANTE 45.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	45.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	45.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
45.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
46. DEL CERTIFICANTE 46.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	46.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	46.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
46.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
47. DEL CERTIFICANTE 47.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	47.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	47.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
47.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
48. DEL CERTIFICANTE 48.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	48.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	48.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
48.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
49. DEL CERTIFICANTE 49.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	49.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	49.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
49.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
50. DEL CERTIFICANTE 50.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	50.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	50.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
50.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
51. DEL CERTIFICANTE 51.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	51.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	51.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
51.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
52. DEL CERTIFICANTE 52.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	52.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	52.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
52.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
53. DEL CERTIFICANTE 53.1 NOMBRE Bartolo Martinez Castillo	53.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	53.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
53.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)						
54. DEL CERTIFICANTE 54.1 NOMBRE Josué De Jesus Garcia Perez	54.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	54.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial <input type="checkbox"/> 5 (taller, fábrica u obra) Granja o parcela <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99				
54.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) falle						

ANEXO REGISTRO CIVIL. A 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION. ANEXO REGISTRO CIVIL. A 1^a COPIA (ROSA) Y LA 2^a COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION.

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

200636895

卷之三