

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)<br><b>J Cruz</b>                                                                                                                                                                                                                              |  | 2. FECHA DE NACIMIENTO<br><b>03/05/1957</b>                                                                                                                                                                        |  | 3. SEXO<br>Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                          |  | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO<br><b>Michoacán</b>                                                                                                                                                                         |  |
| 5. CURP<br><b>CACCS70503H46HXR01</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  | 6. EDAD CUMPLIDA<br>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: <b>065</b>                       |  | 7. NACIONALIDAD<br>Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                |  | 8. HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                   |  |
| 9. ESTADO CONYUGAL<br>En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>         |  | 10. RESIDENCIA HABITUAL<br>Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): <b>Avenida División del Norte</b>                                                                                           |  | 11. ESCOLARIDAD<br>Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                                |  | 12. OCUPACIÓN HABITUAL<br><b>Plomero</b>                                                                                                                                                                             |  |
| 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>                                                                              |  | 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Hospital General de Tzucutlán</b>                                                                                                                                       |  | 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br><b>Carretera San Mateo Ixcapa</b>                                                                                                                                                                                                                                           |  | 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN<br><b>22/02/2020 12:00</b>                                                                                                                                                          |  |
| 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>                                                                                             |  | 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?<br>Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>                                                                                                                        |  | 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)<br><b>COVID 19</b>                                                                                                                                                              |  | 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN<br>Código CIE: <b>U07.1</b>                                                                                                                                                            |  |
| 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS<br>Especifico si la muerte ocurrió durante:<br>El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>                                                           |  | 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE<br>22.1 Fue un presunto:<br>Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN<br>Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> |  | 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)<br><b>Hermano</b>                                                                                                                                                              |  |
| 25. CERTIFICADA POR<br>Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> |  | 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO<br>Especifique: <b>4132332</b>                                                                                                                                                    |  | 27. NOMBRE<br><b>Carlos Humberto Bravo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 28. FIRMA                                                                                                                                                                                                            |  |
| 29. DOMICILIO Y TELÉFONO<br>29.1 Tipo de vivienda: <b>Carretera San Mateo Ixcapa</b><br>29.2 Nombre de la vivienda: <b>3</b><br>29.3 Núm. Exterior: <b>2996P</b><br>29.4 Núm. Interior: <b>Tzucutlán</b><br>29.5 Tipo de asentamiento humano: <b>Tzucutlán</b>           |  | 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN<br><b>22/02/2020</b>                                                                                                                                                                    |  | 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO<br>Núm. <b>31.1</b> Libro Núm. <b>31.2</b>                                                                                                                                                                                                                      |  | 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO<br>32.1 Localidad: <b>Tzucutlán</b><br>32.2 Municipio o Alcaldía: <b>Tzucutlán</b><br>32.3 Entidad federativa: <b>Michoacán</b><br>32.4 Día: <b>22</b> Mes: <b>02</b> Año: <b>2020</b> |  |

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD