

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



200639853

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre Mujer Se ignora		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
Si No Se ignora		Si No Se ignora		Mexicana Otra Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):	
Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes							
9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD			
Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vitalidad		La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta			
		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 Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)			
12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Desempleado Se ignora		Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora		Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica pública privada			
12.1 Trabajaba Si No Se ignora		13.1 Número de seguridad social o afiliación		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
		13.2 Tipo de seguridad social o afiliación		14.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
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 Alcaldía 15.10 Entidad federativa		Día Mes Año Horas Minutos		Si No Se ignora			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			
Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Código CIE		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo El parto El puerperio 43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
22.1 Fue un presunto accidente homicidio Suicidio Se ignora		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si No Se ignora				24.1 Especifica el parentesco con el(la) fallecido(a)	
22.3 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				24.2 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
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 Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa				24.3 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
23. NOMBRE		25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		Médico tratante Médico legista Otro médico* Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil* Otro*				Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE		28. FIRMA				29. DOMICILIO y TELÉFONO	
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28.1 Tipo de vitalidad 28.2 Nombre de la vitalidad 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano 28.6 Nombre del asentamiento humano 28.7 Código Postal 28.8 Localidad 28.9 Municipio o Alcaldía 28.10 Entidad federativa				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 Alcaldía 29.10 Entidad federativa	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Día Mes Año				Lugar Fecha			