

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

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

200639932

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <div>Daniel</div> <div>Galvan</div> <div>Pedroza</div>	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <div>10/13/1916</div>	
	3. SEXO <div>Hombre</div>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <div>Chihuahua</div>	
DEL FALLECIDO	5. CURP <div>GAAR101516C131013HCHILIDIN1015</div>	
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <div>No</div>	
	7. NACIONALIDAD <div>Mexicana</div>	
	8. EDAD CUMPLIDA <div>164</div>	
	9. ESTADO CONYUGAL <div>En unión libre</div>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL <div>300</div> <div>178131910</div> <div>10.1 Tipo de vivienda <div>Casa habitación</div></div>	
	11. ESCOLARIDAD <div>Primaria</div>	
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <div>Comerciante</div>	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <div>IMSS</div>	
	DE LA DEFUNCION	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <div>Secretaría de Salud</div> <div>14.1 Nombre de la unidad médica <div>Hospital General de Medicina</div></div>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <div>1112</div> <div>15.1 Tipo de vivienda <div>Hospital</div></div>		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION <div>12/16/10</div> <div>21:02:10</div> <div>11:45:18</div>		
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? <div>No</div>		
18. ¿SE PRATICÓ NECROPSIA? <div>No</div>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <div>PARTE I</div> <div>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente <div>a) Neumonía Atípica</div></div>		
20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION <div>Código CIE <div>8 d12</div></div>		
21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS <div>21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: <div>El embarazo</div></div>		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: <div>22.1 Fue un presunto <div>Accidente</div></div>		
MORTUARIOS Y VIOLENTAS		23. NOMBRE <div>Cristian</div> <div>Galvan</div> <div>Leucino</div>
	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <div>Hijo</div>	
	25. CERTIFICADA POR <div>Médico tratante</div>	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO <div>7543300</div>	
	27. NOMBRE <div>101 Francisco</div> <div>Parado</div> <div>Valle</div>	
	28. FIRMA <div>[Firma]</div>	
	29. DOMICILIO y TELÉFONO <div>29.1 Tipo de vivienda <div>Hospital General de Medicina</div></div>	
	30. FECHA DE CERTIFICACION <div>216</div> <div>110</div> <div>2101210</div>	
	31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO <div>31.1 Localidad</div>	
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO <div>32.1 Localidad</div>	