

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

200639940

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Victor Manuel Lopez</u> Nombre(s) Primer Apellido		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Distrito Federal</u> Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
	2. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/06/1961</u> Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	5. CURP <u>L01AV6110605HDFPILC1012</u> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 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 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DE LA DEFUNCION	9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> 10.1 Tipo de vialidad <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vialidad <u>Calle de la Caranca</u>	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACION HABITUAL <u>Comerciante</u> 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Hospital General de Salud <input checked="" type="radio"/> 2 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 4 ISSSTE <input type="radio"/> 6 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION <u>1112</u> 15.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 15.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> 15.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 15.4 Núm. Interior <u>Hospital</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u>		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION <u>27/10/2012</u> <u>11:25</u> Día Mes Año Horas Minutos	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSI? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anoté 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) <u>Cefaleas severas</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Neumonía atípica</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Enfermedad renal crónica</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión arterial sistólica</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>1 día</u> <u>1 día</u> <u>1 día</u> <u>1 día</u>	
	21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE <u>7543300</u>	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESION Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
DEL INF.	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Hermano</u>		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input checked="" type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 8	
	26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO <u>adscrito</u> *Especifique		27. NOMBRE <u>Luis Francisco Peña</u> Nombre(s) Primer Apellido	
	28. FIRMA <u>[Firma]</u>		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad <u>Avenida</u> 29.2 Nombre de la vialidad <u>Valentin Amador</u> 29.3 Núm. Exterior <u>1112</u> 29.4 Núm. Interior <u>Hospital</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>Hospital General de Salud</u>	
	30. FECHA DE CERTIFICACION <u>27/10/2012</u> Día Mes Año		31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	