

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Felix Vargas Castillo		2. FECHA DE NACIMIENTO 1993/11/02		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Estado de Veracruz	
5. CURP VARGAS FELIX 19931102HMSPIRSL		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Se ignora ☐		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: 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: 59 Se ignora ☐	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☒ Se ignora ☐		10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 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):		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Secundaria ☐ Tercera ☐ Superior ☐ Se ignora ☐ Completa ☐ Incompleta ☐		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 12.2 Nombre de la ocupación: 12.3 Número de seguridad social o afiliación:	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐ 14.1 Nombre de la unidad médica: 14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES):		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 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:		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 2023/03/21 01:50	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Otras formas de choque b) Embolia pulmonar sin mención de coágulo pulmonar agudo c) Insuficiencia respiratoria aguda d) COVID-19 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo: 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 1960		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 ¿El embarazo ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si ☐ No ☒	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐ 22.3 ¿Sólo donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐ Se ignora ☐		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐ Se ignora ☐		22.5 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: 22.7 Ante el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: 22.7.2 Nombre de la vivienda: 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:			
23. NOMBRE Nombre(s): Primer Apellido: Segundo Apellido:		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Número de la cédula profesional:		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☒ Médico legista ☐ Otro médico ☐ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐ Especifique:		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 26.1 Nombre: 26.2 Primer Apellido: 26.3 Segundo Apellido: 26.4 Fecha:	
27. DOMICILIO Y TELÉFONO 27.1 Tipo de vivienda: 27.2 Nombre de la vivienda: 27.3 Núm. Exterior: 27.4 Núm. Interior: 27.5 Tipo de asentamiento humano: 27.6 Nombre del asentamiento humano: 27.7 Código Postal: 27.8 Localidad: 27.9 Municipio o Alcaldía: 27.10 Entidad federativa:		28. FIRMA 28.1 Nombre: 28.2 Primer Apellido: 28.3 Segundo Apellido: 28.4 Fecha:		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: Mes: Año:			
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm.: Libro Núm.: 30.1 Acta Núm.: 30.2 Municipio o Alcaldía: 30.3 Entidad federativa: 30.4 Día: Mes: Año:		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad: 31.2 Municipio o Alcaldía: 31.3 Entidad federativa: 31.4 Día: Mes: Año:		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: 32.2 Municipio o Alcaldía: 32.3 Entidad federativa: 32.4 Día: Mes: Año:			