



FGR
FISCALÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA

TRIPLICADO TOMO DCCXCV

FONDO FISCALÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
 UNIDAD ADMINISTRATIVA FISCALÍA ESPECIALIZADA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS
 ÁREA RESPONSABLE UNIDAD DE ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN Y LITIGACIÓN PARA EL CASO AYOTZINAPA
 RESPONSABLE DEL CONTROL DE EXPEDIENTES [REDACTED]
 CLAVE Y NOMBRE DE LA SECCIÓN AVERIGUACION PREVIA
 CLAVE Y NOMBRE DE LA SERIE _____
 CLAVE Y NOMBRE DE LA SUBSERIE (OPCIONAL) _____
 CLAVE Y NOMBRE DEL EXPEDIENTE AP/PGR/SDHPDSC/OI/001/2015

ACCESO

PÚBLICO	SI	_____	NO	<u>X</u>
INFORMACIÓN RESERVADA	SI	<u>X</u>	NO	_____
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	SI	<u>X</u>	NO	_____
RESTRINGIDO DURANTE SU VIGENCIA	SI	<u>X</u>	NO	_____

RESUMEN DEL CONTENIDO

LA DOCUMENTACIÓN DEL PRESENTE EXPEDIENTE SE INTEGRA CON LAS DIVERSAS ACTUACIONES PRACTICADAS E INFORMACIÓN RECABADOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL DELITO QUE SE INVESTIGA.

FECHAS EXTREMAS

AÑO DE APERTURA EXPEDIENTE 2015

FORMATO Ó SOPORTE

PAPEL X FOTOGRAFÍAS _____ LIBROS _____ DISQUETES _____ CD ROM _____ ENGARGOLADO _____
 VIDEO _____ OTRO (S) _____ DESCRIBIR _____

VALOR DOCUMENTAL

ADMINISTRATIVO	_____
LEGAL	<u>X</u>
CONTABLE	_____

CARÁCTER FUNCIONAL

TÉCNICO SUSTANTIVO	<u>X</u>
DE GESTIÓN INTERNA	_____

PLAZO DE CONSERVACIÓN

VIGENCIA COMPLETA	_____ AÑOS
ARCHIVO DE TRÁMITE	_____ AÑOS
ARCHIVO DE CONCENTRACIÓN	_____ AÑOS

CONFORMACIÓN

NÚMERO DE LEGAJOS	<u>795</u>
NÚMERO DE FOJAS	_____



FGR

CONSTANCIA DE APERTURA DE ACTUACIONES

CORRESPONDIENTES AL TOMO NÚMERO 795

--- En la Ciudad de México, siendo el día Diecinueve de Agosto
de dos mil diecinueve, el suscrito Licenciado [REDACTED], Agente del
Ministerio Público de la Federación, adscrito a la Unidad Especial de Investigación y Litigación
para el Caso Ayotzinapa de la Fiscalía Especializada en Materia de Derechos Humanos de la
Fiscalía General de la República, quien con fundamento en el artículo 16 del Código Federal
de Procedimientos Penales actúa en forma legal con dos testigos de asistencia que al final
firman para debida constancia de lo actuado: -----

HACE CONSTAR

--- Que siendo la fecha citada con anterioridad se procede a dar inicio al tomo número 795
(Setecientos Noventa y Cinco), de la Averiguación Previa al rubro citada, lo
anterior para efectos de un mejor manejo del mismo y en atención al número consecutivo
correspondiente, el cual comenzará con la foja número 1 (uno) la cual corresponde a la
presente diligencia para el caso de asociación que se hace constar para los efectos legales que
corresponden, por lo que no habiendo nada más que hacer constar por el momento se da
por terminada la presente diligencia. -----

CONSTE

[REDACTED]

TESTIGOS DE ASISTENCIA

[REDACTED]

[REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: 31 DE AGOSTO DE 2018
LIBRO: [REDACTED] ACTA No. [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S): [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIO) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CREDENCIAL PROFESIONAL: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

[REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

[REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.



GUERRERO
REGISTRAR
10

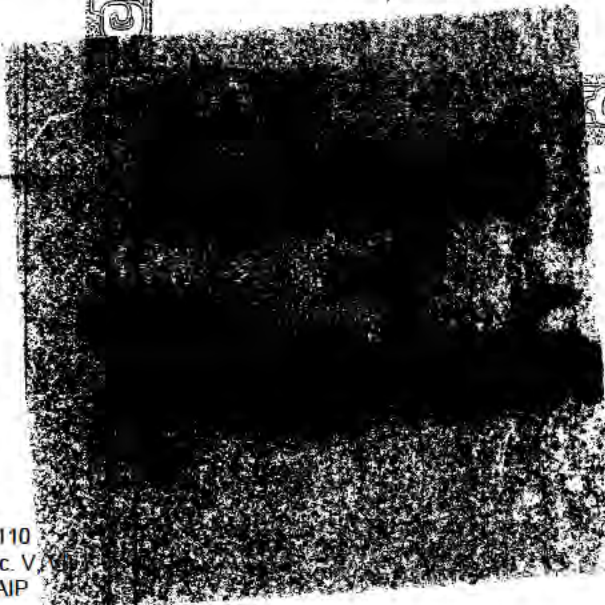
Tomo II Duplicado

19 Agosto

[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN TIRON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

No. 01 DEL REGISTRO CIVIL FIRMA SELLO DE LA OFICIALIA





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

3

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. EL ACTA DE DEFUNCIÓN Y LA 1ª COPIA (ROSA) DE LA DEFUNCIÓN SE CONSERVARÁN EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]					
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>				
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	5. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]				
6. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]	7. FECHA DE NACIMIENTO Año [REDACTED] Mes [REDACTED] Día [REDACTED]				
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un día: Días [REDACTED] Para menores de un mes: Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED] Para menores de un año: Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED] Segundos [REDACTED] Para personas de un año o más: Años [REDACTED] Meses [REDACTED] Días [REDACTED]	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcedo(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11. OCUPACIÓN [REDACTED] Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACIÓN [REDACTED]				
14. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	15. NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA [REDACTED]				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]				
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Se ignora <input type="radio"/>					
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Se ignora <input type="radio"/>					
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <table border="1"> <tr> <td> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED] </td> <td> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo [REDACTED] </td> <td> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] </td> <td> Código CIE [REDACTED] </td> </tr> </table>		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED]	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo [REDACTED]	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED]	Código CIE [REDACTED]
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED]	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo [REDACTED]	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED]	Código CIE [REDACTED]		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]					
22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
23. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
24. ¿QUÉ PARENTESCO TENÍA EL PRESUNTO AGRESOR CON EL(LA) FALLECIDO(A)? Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>					
25. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: [REDACTED]					
26. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 26.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>					
27. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 27.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Intoxicación <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
27.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
27.3 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [REDACTED]					
27.4 ¿Fue en un caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 27.4.1 Calle y número [REDACTED] 27.4.2 Colonia [REDACTED] 27.4.3 Localidad [REDACTED] 27.4.4 Municipio o delegación [REDACTED] 27.4.5 Entidad federativa [REDACTED]					
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]					
29. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Médico <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>					
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]					
31. FIRMAS [REDACTED]					
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED]					
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED]					

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/>
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
DE LA DEFUNCIÓN	9. 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		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Localidad _____ 15.4 Municipio o delegación _____ 15.5 Entidad federativa _____
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año _____ Mes _____ Día _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que le produjo _____		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____ Código CIE _____	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____ 23.6 Describa brevemente la situación que produjo la lesión _____			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____			
DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Código CIE _____
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico de casa <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
DEL CERTIFICANTE	26. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
	28. DOMICILIO Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		28. TELÉFONO _____ Código CIE _____
DEL REG. CIVIL	30. FIRMA _____ Código CIE _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____
	33.1 Acta Núm. _____		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI
 Art. 113 Fracc. I LFTAI

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y TRATAMIENTO ESTÁ SUJETO A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN LA MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
2. CURP [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 00
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]
7. TALLA [REDACTED] [REDACTED]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09
11. Domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 06 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED] GUERRERO		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa por cada razón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asenia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] b) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] c) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 [REDACTED] Código CIE [REDACTED]		
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Area deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Area comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Area industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE [REDACTED]
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) HIJO
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]
30. DOMICILIO [REDACTED]		31. FIRMA [REDACTED]
32. FECHA DE CERTIFICACION Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		
33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED]

Art. 110
LFTAI
Libro N.º [REDACTED]

Art. 113 Año [REDACTED]
Fracc. I
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2014
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. EL ACTA DE DEFUNCIÓN DEBE SER CONSERVADO EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVA APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO(A)	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: [Redacted] minutos [Redacted] horas [Redacted] días [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] días [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] meses [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted] años cumplidos [Redacted]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDEMA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> INSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDEMA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
16. DÓNDE SE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTI I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directa Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTI II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Redacted]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]	
23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]	
DEL INF.	
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Ciro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO [Redacted]	
31. FIRMA [Redacted]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
35.1 Acta Núm. [Redacted]	



ACTA DE DEFUNCIÓN

CIUDAD DE MÉXICO

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO

F I N A D O

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED] Género [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento [REDACTED] Ocupación PENSIONADO
 Domicilio [REDACTED]
 Estado Civil [REDACTED] Nacionalidad MEXICANA
 Nombre del Padre [REDACTED]
 Nombre de la Madre [REDACTED]

F A L L E C I M I E N T O

El Cuerpo Será RINUMADO Orden No. [REDACTED]
 En el [REDACTED]
 Ubicado en [REDACTED]
 Fecha de la Defunción [REDACTED] Hora Defunción [REDACTED]
 Lugar de la Defunción [REDACTED]
 Causa(s) de la Muerte [REDACTED]
 Médico que Certifica [REDACTED] Cédula Profesional [REDACTED]
 Domicilio del Médico [REDACTED]

D E C L A R A N T E

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED]
 Parentesco con el Finado [REDACTED]
 Nacionalidad [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]

ANOTACIONES:
 [REDACTED]

[REDACTED]

FIRMA

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy lé [REDACTED] EL JUEZ 51 DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE DEL JUEZ	FIRMA DEL JUEZ
[REDACTED]	[REDACTED]

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, SIN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA:

No:	Fecha:	Firma:
No:	Fecha:	Firma:

PAGO DE DERECHOS \$ _____ COMPADANTE DE PAGO No. _____

DMAA
 - Dirección General del Registro Civil

EN NOMBRE DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS COMO JUEZ DEL REGISTRO CIVIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DE SU ORIGINAL Y SE EXPIDE UNICAMENTE PARA TRASLADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO EL DIA 25 DE AGOSTO 2016.

EL C. JUEZ QUINCUAGÉSIMO PRIMERO DEL REGISTRO CIVIL.

[REDACTED]

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

10

2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		6. FECHA DE NACIMIENTO	
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		En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Día Mes Año	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:					
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD				13. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>				13.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				14.1 Número de seguridad social o afiliación	
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				7270 42 1136 5 1M 1942 PE	

DEL FALLECIDO

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>		Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación			16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?
Día Mes Año Horas Minutos			Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d)				PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo	
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>				22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE	

DE LA DEFUNCIÓN

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
23.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

LES

ENTREGAR EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN, LA 2ª COPIA (ROSA) Y LA 3ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI, EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

COMUNIQUE LA OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN O LA CAUSA ACCIDENTAL O VIOLENTA DE LA MUERTE AL REGISTRO CIVIL DEL MUNICIPIO DE LA LOCALIDAD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN O LA CAUSA ACCIDENTAL O VIOLENTA DE LA MUERTE, PARA QUE SE EMITA EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O LA CAUSA ACCIDENTAL O VIOLENTA DE LA MUERTE. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NOMINATIVIDAD APLICABLE VICENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno)	
2. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	3. SEXO (Hombre/Mujer/Se ignora)
4. NACIONALIDAD (Mexicana/Se ignora)	5. PESO (Kilogramos/Gramos)
6. TALLA (Metros/Centímetros)	7. FECHA DE NACIMIENTO (Día/Mes/Año)
8. EDAD CUMPLIDA (Para menores de una hora, un día, un mes, un año, o para personas de un año o más)	9. ESTADO CONYUGAL (En unión libre, Separado(a), Divorciado(a), Vudo(a), Soltero(a), Casado(a))
10. Dirección donde vivía el fallecido (Calle y número, Colonia, Municipio o delegación, Entidad federativa o país)	11. ESCOLARIDAD (Ninguna, Primaria incompleta/completa, Secundaria incompleta/completa, Bachillerato o preparatoria incompleta/completa, Profesional, Posgrado)
12. Ocupación habitual (Trabaja/No trabaja/Se ignora)	13. Número de seguridad social o afiliación
14. Afiliación a servicios de salud (Ninguna, ISSSTE, SEDENA, Seguro Popular, Otra, IMSS, PEMEX, SEAMR, IMSS Oportunidades, Se ignora)	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, Seguro Popular, Otra unidad pública, Unidad médica privada, Vía pública, Hogar, Otro lugar)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Calle y número, Colonia, Localidad, Municipio o delegación, Entidad federativa)	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN (Día, Mes, Año, Horas, Minutos)
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? (Sí/No/Se ignora)	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? (Sí/No)	
PARTE I: CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Mencione todas las causas en su totalidad. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
Causas antecedentes (Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica)	
PARTE II: Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
20. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, ¿ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: (Embarazo, parto, puerperio, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte)	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN (Código CIE)
22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? (Sí/No)	23. ¿QUÉ PREVENCIÓN TENÍA EL PRESUNTO AGRAVOR CON EL(LA) FALLECIDO(S)? (Área Industrial, Granja, Calle, Área comercial, Se ignora)
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE (Fue un accidente, Suicidio, Homicidio, Se ignora)	25. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? (Sí/No/Se ignora)
26. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (Vivienda particular, Vivienda colectiva, Escuela u oficina pública, Área deportiva, Calle o carretera, Área comercial, Se ignora)	27. DESCRIBA brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión
28. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	29. Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión (Calle y número, Colonia, Localidad, Municipio o delegación, Entidad federativa)
DEL CERTIFICANTE	
30. CERTIFICADA POR (Médico tratante, Médico legista, Otro médico, Persona autorizada por la Secretaría de Salud, Autoridad civil, Otro)	31. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de la cédula profesional, TELÉFONO)
32. NOMBRE (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)	33. FIRMA
34. DOMICILIO (Calle y número, Colonia, Municipio o delegación, Entidad federativa)	35. FECHA DE CERTIFICACIÓN (Día, Mes, Año)
DEL REG. CIVIL	
36. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO (Número, Libro Número, Acta Número)	37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO (Localidad, Municipio o delegación, Entidad federativa, Día, Mes, Año)

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CALLE LUGAR DE REGISTRO DE DEFUNCION

12



OFICIA: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO

LUGAR: IMSS HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE [REDACTED], G.R.C.
OFICIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

MUNICIPIO DE GUERRERO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU CONTENIDO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
 NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]				
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]		
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]				
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9				
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]				
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorclado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9				
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]				
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10				
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				
14. AFILIACIÓN 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 type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				
14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]				
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 8 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]				
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]				
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;"> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) </td> <td style="width:30%;"> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE [Redacted] </td> </tr> </table> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo			PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE [Redacted]
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE [Redacted]			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2				
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]				
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Subsidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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 servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]				
23.7 Sólo en caso de accidente, anota el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]				
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legislista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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				
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]				
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]		
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]				
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA ART. 110 FRACC. I LET. A) NÚM. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] Motiva [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO ART. 113 FRACC. I LET. A) 34.1 Localidad [Redacted]		



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

14



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
HOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____
IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 160265814
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: 40
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____
DECLARANTE _____
TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL _____ FIRMA _____ SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO
NO NECESITA TESTES

ARCHIVO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE LIBRO DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S)) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

SUBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADA

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN LOS UNIDOS MEXICANOS
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

CONSTITUCIONAL
SECRETARIA DE DEFENSA Y PROTECCION CIVIL
OFICINA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

Agosto

SECRETARIA DE DEFENSA Y PROTECCION CIVIL



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LAS LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO [Redacted]		2. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02		3. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO [Redacted] Gramos		7. TALLA [Redacted] Centímetros	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 01 Separado(a) <input type="radio"/> 02 Divorcedo(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 04 Soltero(a) <input type="radio"/> 05 Casado(a) <input type="radio"/> 06 Se ignora <input type="radio"/> 09			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente dando vista al fallecido(a)					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación			11.5 Entidad federativa e país (si reside en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 03 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 04 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 09			
14. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDEKA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 03 SEMAR <input type="radio"/> 04 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)	
15.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]		16. Entidad federativa [Redacted]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: [Redacted] Hora: [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE MUERTE PARTE I Enfermedad, lesión patológica que produjo muerte directa o indirecta. Causas antecedidas por Estados morbosos que produjeron la causa consiguiente arriba mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no con la enfermedad morbosos que la produjeron.		20.1 Causa básica de defunción Código CIE: [Redacted]		20.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE: [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 02 El parto <input type="radio"/> 03 El puerperio <input type="radio"/> 04		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue en presencia: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 ¿Las causas anotadas describen la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 01 Vivienda colectiva (casa, apartamento, etc.) <input type="radio"/> 02 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 03 Área industrial (batería, fábrica u obra) <input type="radio"/> 04 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 05 Área comercial de recepción <input type="radio"/> 06	
23.4 ¿Otro pariente tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]			
24. NOMBRE DEL INF. (Nombre) [Redacted] (Apellido paterno) [Redacted] (Apellido materno) [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: [Redacted]			
28. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE (Nombre) [Redacted] (Apellido paterno) [Redacted] (Apellido materno) [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]	
31. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [Redacted] 34.2 Municipio o delegación: [Redacted] 34.3 Entidad federativa: [Redacted] 34.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REANUNCIAR ESTE ORIGINAL AL SUBSECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO		

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDADE: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

IGUALA _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: MAESTRO

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRA
 CIVIL DE MEXICO
 CASO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE TENGA SU COPIA PARA ENTREGARLA AL INEGI. ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	2. CURP _____		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____
	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____
DE LA DEFUNCIÓN	9. EDAD COMPLETADA 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"/>		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. TRABAJABA Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 15.4 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debió a la causa _____ b) Debió a la causa _____ c) Debió a la causa _____ Causas antecedentes, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica: d) Debió a la causa _____ e) Debió a la causa _____ f) Debió a la causa _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: g) _____ h) _____ i) _____
DEL INF	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	22.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
	23. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.1 Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> 23.2 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 23.3 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	26. CERTIFICADA POR 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"/>		27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO Número de la cédula profesional _____
	30. DOMICILIO Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		31. FIRMA Fecha de certificación Día _____ Mes _____ Año _____
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



19

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: IMSS CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____ FIRMAS _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO
POR MEMORIA LOCAL
GRABACION NO. 10

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEPO, ESTOS CONSERVADOS LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO DE TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
2. CURP [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Muje <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO [REDACTED] Kilogramos [REDACTED] Gramos	7. TALLA [REDACTED] Metros [REDACTED] Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [REDACTED] Minutos Para menores de un día: [REDACTED] Horas Para menores de un mes: [REDACTED] Días Para menores de un año: [REDACTED] Meses Para personas de un año o más: [REDACTED] Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 99		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input checked="" type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input checked="" type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 [REDACTED] 15.1 Número de la unidad médica [REDACTED] IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [REDACTED] Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] c) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) [REDACTED] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo [REDACTED]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED]
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [REDACTED]		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]		23.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1697696 Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]
30. DOMICILIO [REDACTED]		31. FIRMA [REDACTED]
		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [REDACTED] Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA Acta de defunción o JUZGADO Fracc. V, VII LFTAIIP		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED]

INTERESADO

Motivación 1

Motivación 2

Art. 113
Fracc. I
LFTAIIP

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



08-

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	GUERRERO	

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
 NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
 (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
 (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____

IGUALA _____ MEXICO
 (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____
 DECLARANTE _____
 TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES ELLOS INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRE
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GUERRERO
 REGISTRO CIVIL
 ACTA DE DEFUNCION NO. 01



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. -
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. Frac. LFTAI

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO _____ Kilogramos Gramos	7. TALLA _____ Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
9. 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"/>		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA MARITAL (Añade el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____		

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FISCALIA	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO	ACTA No.
	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, INTEGRAL 2, CARPETA DE INVESTIGACION: [REDACTED]
[REDACTED] IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 4 DE AGOSTO DE 2018.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIAL No. 81 DEL REGISTRO CIVIL

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA OT DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
ACTA DE DEFUNCION



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN, SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMED, ESTOS CONSERVARÁN LA COPIA (COPIA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____
	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____
	9. 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"/> 09		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 08 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la unidad médica: _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Vía pública <input checked="" type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ Ciudad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____			
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: _____ Debido a (o como consecuencia de): _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: _____ 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: _____ Código CIE _____
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 08
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 06 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.4 ¿El fallecido tenía el presunto agresor con el (los) fallecido(s)? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
	DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05	
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____	
30. DOMICILIO Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		31. FIRMA _____	
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ Acta Núm. _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____		



Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD PARA SU ARCHIVO Y ENTREGA AL REGISTRO CIVIL.

Motivación 1

Motivación 2

29



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: [REDACTED]

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (4) CUATRO DIA(S) DEL MES DE AGOSTO DEL DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
PRESENTE.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA DEL [REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE.

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA.

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INMUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE COMUNICADO, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A QUE HAYA LUGAR A LA [REDACTED]



ATENTAMENTE

[REDACTED] DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2
DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO.

ZONA NORTE
DISTRITO JUD. DE HIDALGO (URIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN
H. C. COLLEJO MIERA

Rm

26

ACTA DE DEFUNCIÓN NO GUERRERO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA N.º: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED] (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

¿DÓNDE FALLECIÓ?: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE INTERIORES
REGISTRO CIVIL
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2016

INTERESADO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
 FOLIO

160265971

FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU ALMANTENIMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
 NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
9. 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"/>			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorclado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.2 Nombre de la ocupación _____ Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Tipo de lugar: Vis pública <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ ¿Se exhibió el cuerpo a la vista? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Código CIE _____	
20. 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) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo _____ _____			
22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: _____		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones? _____	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? _____		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN _____	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

FOLIO 5
ESTADO DE DEFUNCION
GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO

28-Agosto-16

LIBRO No. [redacted] ACTA No. [redacted] MUNICIPIO [redacted]

FECHA DE REGISTRO
DIA [redacted] MES [redacted] AÑO [redacted]

SEXO: MASCULINO FEMENINO

NOMBRE DE [redacted] PRIMER APELLIDO [redacted] SEGUNDO APELLIDO MEXICANA

EDAD [redacted] AÑOS

PAIS DE ORIGEN [redacted] NACIONALIDAD [redacted]

FECHA DE DEFUNCION [redacted] HORA [redacted]

CAUSA DE LA MUERTE [redacted]

CAUSA DE LA MUERTE: INFLAMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO [redacted]

ORDEN No. [redacted]

TESTIGO [redacted] TESTIGO [redacted]

CERTIFICADO DE DEFUNCION NO. [redacted]

LEO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFIRMA CON SU CONSENTIMIENTO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES DE ELLA INTERVINIERON Y SUPLENTE

El C. OFICIAL 12 DEL REGISTRO CIVIL

SILLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMIENDAS

GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
Registro Civil
Oficialia 12
NEZAHUALCOYOTL

22 de Septiembre del año 2016

NOMBRE Y FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO(A)	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombres: [Redacted] Apellido paterno: [Redacted] Apellido materno: [Redacted]	
2. CURE [Redacted]	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	6. PESO Kilogramos Gramos [Redacted]
7. TALLA Metros Centímetros [Redacted]	8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 09	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Divorciado(a) <input type="radio"/> 06 Vuelto(a) <input type="radio"/> 07 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
11.4 Calle y número [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09	
13. OCUPACIÓN MARITAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
14. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08	
15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
16. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 FEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 08 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 09	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. [Redacted] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo. <u>Aneurisma Cerebral</u>	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 44 AÑOS 20.1 Embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 04	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPESIFIQUE 22.1 Fue un accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 04	
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: [Redacted]	
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR Médico forense <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06	
27. SI EL CERTIFICANTE RA MEXICANO Número de la cédula profesional [Redacted]	
28. DOMICILIO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO Calle y número [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Entidad federativa [Redacted]	
31. FIRMA [Redacted]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
33. SI LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]	



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="radio"/>	2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="text"/>	3. PESO Gramos <input type="text"/>	4. DE UN EMBARAZO Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres y más <input type="checkbox"/>	5. RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="checkbox"/> Complicado <input type="checkbox"/>	7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input type="checkbox"/> Durante el parto <input type="checkbox"/>	8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>			
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN					
	9.1 Calle y número <input type="text"/>		9.2 Localidad o Colonia <input type="text"/>			
9.3 Municipio o Delegación <input type="text"/>		9.4 Entidad Federativa <input type="text"/>				
10. LUGAR DE LA EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN						
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2	IMSS <input type="radio"/> 3	ISSSTE <input type="radio"/> 4	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEDENA <input type="radio"/> 6	
SEMAR <input type="radio"/> 7	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Unidad Médica privada <input checked="" type="radio"/> 9	Via pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	Hogar <input type="radio"/> 11	
Se ignora <input type="radio"/> 99	10.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/>					
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico <input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermera <input type="checkbox"/> 2 Partera <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9		12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ESTE FUE Espontáneo <input type="checkbox"/> 1 Provocado <input type="checkbox"/> 2 Terapéutica <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	13. SI SE TRATA DE UN PARTO ESTE FUE Normal <input type="checkbox"/> 1 Complicado <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	14. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Cesárea <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fórceps <input type="checkbox"/> 2 Legrado <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4 Ninguno <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL <i>Anote una sola causa en cada renglón, a), b) o c)</i>						
PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte	a) <input type="text"/>				Especifique si la causa fue: MATERNA <input type="radio"/> 1 FETAL <input type="radio"/> 2	
b) <input type="text"/>	b) <input type="text"/>				b.a <input type="radio"/> 1 b.b <input type="radio"/> 2	
c) <input type="text"/>	c) <input type="text"/>				c.a <input type="radio"/> 1 c.b <input type="radio"/> 2	
PARTE II Otras condiciones del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no estuvieron relacionadas con las causas señaladas a), b) o c)	d) <input type="text"/>				d.a <input type="radio"/> 1 d.b <input type="radio"/> 2	
e) <input type="text"/>	e) <input type="text"/>				e.a <input type="radio"/> 1 e.b <input type="radio"/> 2	
17. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Apellido Paterno <input type="text"/> Apellido Materno <input type="text"/>						
18. EDAD Años <input type="text"/>						
19. ESTADO CIVIL Soltera <input type="radio"/> 1 Viuda <input type="radio"/> 2 Divorciada <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9						
20. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente)						
20.1 Calle y número <input type="text"/>		20.2 Localidad o Colonia <input type="text"/>				
20.3 Municipio o Delegación <input type="text"/>		20.4 Entidad Federativa <input type="text"/>				
21. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input checked="" type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 9						
22. INSTITUCIÓN DE DERECHOAHIBENCIA Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9						
23. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN <input type="text"/> Se ignora <input type="radio"/> 99						
24. OCUPACIÓN HABITUAL <input type="text"/>						
25. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TUVO 25.1 Nacidos vivos (número) <input type="text"/>			26. CONDICIÓN DE LA MADRE DESPUÉS DEL PARTO O ABORTO Vive <input checked="" type="radio"/> 1 Falleció <input type="radio"/> 2			
25.2 Nacidos muertos (número) <input type="text"/>			Folio del Certificado de Defunción <input type="text"/>			
27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre <input type="text"/>						
27.2 Domicilio y Teléfono <input type="text"/>						
27.3 Fecha de fallecimiento con el fallecido(a) <input type="text"/>						
28. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 2 Médico legista <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5						
29. SI EL CERTIFICADO ES DE UN FETAL MUERTO <input type="checkbox"/> 1 SI EL CERTIFICADO ES DE UN FETAL VIVO <input checked="" type="checkbox"/> 2						
30. DATOS DEL CERTIFICANTE 30.1 Nombre <input type="text"/>		30.2 Domicilio y Teléfono <input type="text"/>		31. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

REMÍTASE ORIGINAL A LA UNIDAD O JURISDICCIÓN SANITARIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MÁS CERCANA LA PRIMERA COPIA DEBERÁ SER ENVIADA AL INEGI

**CITY OF WAUKEGAN
WAUKEGAN, ILLINOIS
MEDICAL EXAMINER/CORONER CERTIFICATE OF DEATH**

31

close
late

DATE FILE NUMBER		MEDICAL EXAMINER'S CASE NUMBER		DATE ISSUED	
DECEDENT'S LEGAL NAME					
COUNTY OF DEATH		AGE AT LAST BIRTHDAY		SEX	DATE OF DEATH
CITY OR TOWN			DATE OF BIRTH		
PLACE OF DEATH			HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME		
BIRTHPLACE		SOCIAL SECURITY NUMBER		STATUS AT TIME OF DEATH	
RESIDENCE		APT. NO.		SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S MAIDEN NAME	
COUNTY		STATE		EVER IN U.S. ARMED FORCES?	
ZIP CODE		FATHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION		MOTHER/CO-PARENT'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE/CIVIL UNION	
INFORMANT'S NAME		RELATIONSHIP		MAILING ADDRESS	
METHOD OF DISPOSITION		PLACE OF DISPOSITION		LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE	
FUNERAL HOME				DATE OF DISPOSITION	
FUNERAL DIRECTOR'S NAME				FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER	
LOCAL REGISTRAR'S NAME				DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR	
CAUSE OF DEATH PART I. PENDING INVESTIGATION					
IMMEDIATE CAUSE <small>(Final disease or condition resulting in death)</small>		a.		APPROXIMATE INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH	
		b. Due to (or as a consequence of):			
		c. Due to (or as a consequence of):			
PART II. Enter other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in PART I.					
FEMALE PREGNANCY STATUS				WAS AN AUTOPSY PERFORMED?	
DATE OF INJURY				WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH?	
TIME OF INJURY		PLACE OF INJURY		MANNER OF DEATH	
LOCATION OF INJURY				INJURY AT WORK?	
DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:					
				IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY:	
ATTEND THE DECEASED?	DATE LAST SEEN ALIVE	WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED?	DATE PRONOUNCED	TIME OF DEATH	
CERTIFIER MEDICAL EXAMINER/CORONER				DATE CERTIFIED	
NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH				PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER	

DECEDENT ALIAS
AKA:

This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with the Illinois Department of Public Health.

[Redacted Signature]

City Clerk, Registrar
Waukegan, Illinois



15-900 10S

Certificado de Defunción

Difunto - [redacted] Sexo - [redacted] Fecha de fallecimiento - [redacted]
 Condado de fallecimiento - [redacted] Edad - [redacted] Fecha de nacimiento - [redacted]
 Ciudad - [redacted] Hospital o Institución - [redacted]
 Lugar de fallecimiento - [redacted]
 Lugar de nacimiento - [redacted] Numero de seguro social - [redacted]
 Estado civil - [redacted] Nombre de esposa sobreviviente - [redacted] Servicio Militar - No
 Residencia - [redacted] Ciudad - [redacted]
 Dentro del límite de la ciudad - [redacted] Condado - [redacted] Estado - [redacted] Código Postal - [redacted]
 Nombre de Padre - [redacted] Nombre de Madre - [redacted]
 Nombre de la persona informante - [redacted] Relación - [redacted]
 Dirección - [redacted]
 Método de disposición - Entierro Lugar de disposición - [redacted]
 Ciudad y Estado - [redacted] Fecha de disposición - [redacted]
 Funeraria - [redacted]
 Nombre del director funerario - [redacted] Numero de licencia - [redacted]
 Nombre del Registrar - [redacted] Fecha de archivo con el registrar - [redacted]
 Causa de muerte - [redacted]
 Autopsia - La autopsia fue hecha para completar la causa de muerte -
 Manera de muerte - [redacted] Status de embarazo - [redacted]
 Fecha que se pronuncio muerto - [redacted] Hora de fallecimiento - [redacted]
 Certificado por - [redacted] Fecha certificado - [redacted]
 Nombre de persona completando la causa de muerte - [redacted]
 Alias - [redacted]
 Notario Publico [redacted]
 Suscrito antes de mi este [redacted]
 día de [redacted] 2016
 Mi comisión se vencerá en [redacted]



[redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA [REDACTED] FECHA DE REGISTRO [REDACTED]
 LIBRO [REDACTED] ACTA No. [REDACTED]
 MUNICIPIO [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED]
 ENTIDAD FEDERATIVA [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]
 IGUALA [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICO (PAIS)
 NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO
 LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] DONDE FALLECIO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: a) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA
 DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
 TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL LA INTERVIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, C.A.C.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL IMEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	2. CURP [Redacted]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	
	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]		8. FECHA DE NACIMIENTO Año [Redacted] Mes [Redacted] Día [Redacted]			
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle y número [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]					
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preparatoria <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Postgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
	14. AFILIACIÓN 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 type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa [Redacted]					
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.- PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) d) [Redacted] Causas antecedentes: Enfermedades morbosas, si existiera alguna, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose su último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique al 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 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 públicas <input type="radio"/> 2 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? [Redacted]		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]						
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]						
24. NOMBRE [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]				
26. CERTIFICADA POR Médico legista <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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]				
28. NOMBRE [Redacted] Apellido paterno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]				
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acte Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE SEIS ORIGINALS A LA SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU CONTENIDO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombra(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____	
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
9. 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 _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11. RESIDENCIA HABITUAL (a) _____			
11.1 Calle y número _____		11.2 Colonia _____	
11.4 Municipio o delegación _____		11.3 Localidad _____	
11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input checked="" type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input checked="" type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
16.1 Calle y número _____		16.2 Colonia _____	
16.4 Municipio o delegación _____		16.3 Localidad _____	
16.5 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 _____ Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____	
23.7.1 Calle y número _____		23.7.2 Localidad _____	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTENSION Y NUMERO) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE Cedula PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUESLA DIGITAL

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]



CONSTITUCIONAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

CERTIFICATION OF VITAL RECORD

37

STATE OF [REDACTED]
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES - OFFICE OF VITAL RECORDS
CERTIFICATE OF DEATH

State File NO. [REDACTED]

1. DECEDENT'S LEGAL NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) [REDACTED]			2. AKA'S (IF ANY) [REDACTED]			3. DATE OF DEATH [REDACTED]											
4. SEX [REDACTED]		5. SOCIAL SECURITY NUMBER: [REDACTED]		6. DATE OF BIRTH [REDACTED]		7. AGE [REDACTED]		8. UNDER 1 YEAR [REDACTED]									
						9. MONTHS [REDACTED]		10. DAYS [REDACTED]									
						11. HOURS [REDACTED]		12. UNDER 1 DAY [REDACTED]									
12. PLACE OF DEATH - HOSPITAL: <input checked="" type="checkbox"/> INPATIENT <input type="checkbox"/> E.R./OUTPATIENT <input type="checkbox"/> DEAD ON ARRIVAL			13. PLACE OF DEATH - OTHER THAN HOSPITAL: <input type="checkbox"/> NURSING HOME OR LONG TERM CARE FACILITY <input type="checkbox"/> RESIDENCE <input type="checkbox"/> HOSPICE FACILITY <input type="checkbox"/> OTHER														
14. FACILITY NAME (OR STREET ADDRESS IF NOT A FACILITY): [REDACTED]						15. CITY, TOWN & ZIP CODE OR LOCATION OF DEATH: [REDACTED]			16. COUNTY OF DEATH: MARICOPA								
17. BIRTHPLACE (CITY AND STATE OR FOREIGN COUNTRY) [REDACTED]						18. MARITAL STATUS AT TIME OF DEATH: [REDACTED]			19. NAME OF SURVIVING SPOUSE (MAIDEN NAME IF WIFE) [REDACTED]								
20. DECEDENT'S USUAL RESIDENCE STREET ADDRESS: [REDACTED]				21. CITY AND COUNTY: [REDACTED]		22. STATE: [REDACTED]		23. ZIP CODE: [REDACTED]		24. EVER IN THE ARMED FORCES [REDACTED]							
25. WAS DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? <input checked="" type="checkbox"/> NO, NOT SPANISH, HISPANIC OR LATINO <input type="checkbox"/> YES, MEXICAN, MEXICAN AMERICAN, CHICANO <input type="checkbox"/> YES, PUERTO RICAN <input type="checkbox"/> YES, CUBAN <input type="checkbox"/> YES, OTHER (SPECIFY) <input type="checkbox"/> UNKNOWN			26. DECEDENT'S RACE(S): <input checked="" type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> BLACK, AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN <input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN <input type="checkbox"/> CHINESE <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> JAPANESE <input type="checkbox"/> GUAMANIAN OR CHAMORRO <input type="checkbox"/> KOREAN <input type="checkbox"/> VIETNAMESE <input type="checkbox"/> SAMOAN <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE			27. IF AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE SPECIFY UP TO 4 TRIBES, PRIMARY OR ENROLLED TRIBE: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]											
28. OCCUPATION: POLICE OFFICER			29. FATHER'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) [REDACTED]			30. MOTHER'S NAME (FIRST, MIDDLE, & LAST NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE) [REDACTED]											
31. INFORMANT'S NAME [REDACTED]			32. RELATIONSHIP [REDACTED]			33. INFORMANT'S MAILING ADDRESS: [REDACTED]											
34. NAME AND ADDRESS OF FUNERAL FACILITY: [REDACTED]						35. FUNERAL DIRECTOR: [REDACTED]			36. LICENSE NUMBER: [REDACTED]								
37. METHOD(S) OF DISPOSITION: [REDACTED]			38. NAME AND LOCATION OF 1st DISPOSITION FACILITY: [REDACTED]			39. NAME AND LOCATION OF 2nd DISPOSITION FACILITY: [REDACTED]											
MEDICAL CERTIFICATION SECTION CAUSE OF DEATH PART 1																	
IMMEDIATE CAUSE OF DEATH 40. A [REDACTED]			41. APPROXIMATE INTERVAL: [REDACTED]														
DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF: 42. B [REDACTED]			43. APPROXIMATE INTERVAL: [REDACTED]														
DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF: 44. C [REDACTED]			45. APPROXIMATE INTERVAL: [REDACTED]														
DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF: 46. D [REDACTED]			47. APPROXIMATE INTERVAL: [REDACTED]														
CAUSE OF DEATH PART II																	
48. OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH BUT NOT RESULTING IN THE UNDERLYING CAUSES GIVEN ABOVE: [REDACTED]						49. INJURY? [REDACTED]		50. INJURY AT WORK? [REDACTED]		51. MANNER OF DEATH [REDACTED]		52. TIME OF DEATH [REDACTED]					
						53. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? [REDACTED]		54. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? [REDACTED]									
CAUSE AND MANNER OF DEATH CERTIFICATION																	
<input checked="" type="checkbox"/> Certifying Physician/Nurse Practitioner/Physician's Assistant - To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner stated.						55. NAME OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH: [REDACTED]						56. DATE CERTIFIED: [REDACTED]					
<input type="checkbox"/> Medical Examiner/Tribal Law Enforcement Authority - On the basis of examination, and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated.						57. CERTIFIER'S ADDRESS: [REDACTED]						58. NAME OF REGISTRAR: [REDACTED]			59. DATE REGISTERED: [REDACTED]		

DATE ISSUED: [REDACTED]

This is a true certification of the facts on file with the [REDACTED] Department of Health Services, Bureau of Vital Records. [REDACTED] Revise [REDACTED]

[REDACTED]
ASSISTANT STATE REGISTRAR

[REDACTED]
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

This copy not valid unless prepared on a form displaying the State Seal and impressed with the raised seal of the issuing agency.

ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
HOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE LEO LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



NOTAS DE LA INTERVENCIÓN DEL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
2013-07-10

GUERRERO
ESTADO LIBRE Y SOBERANO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

40



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) AMAYA

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

_____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: 1 _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

GUERRERO
 NOTARIA A TODOS
 CHAPARRON 110

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	2. CURP _____		
	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
	9. 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"/>		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Aplica el domicilio correspondiente de acuerdo al estado de residencia: _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabaja <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	15.1 Nombre de la unidad médica _____		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Colonia _____ 16.2 Localidad _____ 16.3 Municipio o delegación _____ 16.4 Entidad federativa _____	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) _____ b) _____ c) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, al excluirse alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____	Código CIE _____	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23.3 ¿En dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____			
DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
	26. CERTIFICADA POR 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"/>		
DEL CERTIFICANTE	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 10000514 Número de la cédula profesional		29. TELÉFONO _____
	28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	31. FIRMA _____	
	30. DOMICILIO _____	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Pantone

42

GUERRERO
MOTIVACIÓN 110

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: ISSSTE CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE Cedula PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

CORRENTAJONAL
SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTE FORMULARIO DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN SE DEBE LLENAR EN EL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN. ESTE ORIGINAL DEBE SER CONSERVADO EN LA SECRETARÍA DE SALUD PARA LOS EFECTOS DE LA REGISTRO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(a) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
	2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Para menores de un día: Para menores de un mes: Para menores de un año: Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	11. RESIDENCIA PERMANENTE DONDE VIVE EL FALLECIDO(A) Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted]			
	11.4 Municipio o delegación [Redacted]		11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> [Redacted] 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>			
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
	16.1 Calle y número [Redacted]		16.2 Colonia [Redacted]	
	16.4 Municipio o delegación [Redacted]		16.5 Entidad federativa [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]			
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	
DEL REG. CIVIL	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]			
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]			
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted]		23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]	
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]		
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]		
30. DOMICILIO Calle [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. [Redacted] Libro Num. [Redacted]		
33.1 Acta Num. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]		
34.2 Municipio o delegación [Redacted]		34.3 Entidad federativa [Redacted]		
34.4 Día [Redacted]		34.5 Mes [Redacted]		
34.6 Año [Redacted]		34.7 Localidad [Redacted]		

RECIBIDO
URGENCIAS
JEFA USA



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

LEA EN EL ORDEN DE LA COPIA (ALTO) EL PRESENTE CERTIFICADO PARA ENTENDER LA FORMA CORRECTA DE LLENARLO. ESTOS CONCEPTOS DE LA COPIA (ALTO) DEBE ENTENDERLOS Y LLENARLOS EN SU LENGUA MATERNA. ESTOS CONCEPTOS DE LA COPIA (ALTO) DEBE ENTENDERLOS Y LLENARLOS EN SU LENGUA MATERNA. ESTOS CONCEPTOS DE LA COPIA (ALTO) DEBE ENTENDERLOS Y LLENARLOS EN SU LENGUA MATERNA.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO(A)	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO: Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
4. NACIONALIDAD: Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos
7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año
9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: [Redacted] Minutos; Para menores de un día: [Redacted] Horas; Para menores de un mes: [Redacted] Días; Para menores de un año: [Redacted] Meses; Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA PERMANENTE DEL FALLECIDO(A): [Redacted]	
11.1 Calle y número: [Redacted]	11.2 Colonia: [Redacted]
11.3 Localidad: [Redacted]	11.4 Municipio o delegación: [Redacted]
11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	
13.1 Trabajaba: SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN 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 type="radio"/> 2 PENEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PENEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted]	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]	
15.3 Localidad: [Redacted]	
15.4 Municipio o delegación: [Redacted]	
15.5 Entidad federativa: [Redacted]	
15.6 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
15.7 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]	
16.1 Calle y número: [Redacted]	
16.2 Colonia: [Redacted]	
16.3 Localidad: [Redacted]	
16.4 Municipio o delegación: [Redacted]	
16.5 Entidad federativa: [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted] Día Mes Año [Redacted] Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)	
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Debidamente a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debidamente a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debidamente a (o como consecuencia de) [Redacted]	
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo. [Redacted]	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted]	
Código CIE: [Redacted]	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE: [Redacted]	
22.1 ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, el embarazo ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3	
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]	
DEL INF.	
24. NOMBRE: [Redacted]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 9	
27. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? [Redacted]	
Número de la cédula profesional: [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE	
28. NOMBRE: [Redacted]	
29. TELÉFONO: [Redacted]	
30. DOMICILIO: [Redacted]	
31. FIRMA: [Redacted]	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted] Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted] Localidad [Redacted] Día Mes Año	



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted] 3. SEXO: Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 9 4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1, No 2, Se ignora 9 6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos 7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros 8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted] Minutos, Para menores de un día [Redacted] Horas, Para menores de un mes [Redacted] Días, Para menores de un año [Redacted] Meses, Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos Se ignora 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 4, Separado(a) 6, Divorciado(a) 3, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL: Ancla el domicilio permanente donde vive [Redacted] 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Ciudad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Secundaria incompleta 4, Bachillerato o preparatoria incompleta 11, Profesional 7, Se ignora 9 13. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora 9 13.1 Trabajaba: SI 1, No 2, Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS Oportunidades 10, Se ignora 9 14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad médica privada 9, IMSS Oportunidades 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 15.3 Tipo de unidad: Via pública 10, Otro lugar 11, Hogar 11, Se ignora 9

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Ciudad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted] 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1, No 2, Se ignora 9 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1, No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicios 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

24. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted] 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1, Médico legista 2, Otro médico 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4, Autoridad civil 5, Otro 8 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted] 28. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted] 29. TELÉFONO: [Redacted] 30. DOMICILIO: [Redacted] 31. FIRMA: [Redacted] 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art. 110 Fracc. V Ley del INI

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: [Redacted] 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [Redacted] Fracc. I LFTAI [Redacted]

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

40

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO HABITUAL:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR: SECRETARIA DE SALUD	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____	
B) _____	
C) _____	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

FIRMAS

TESTIGO: _____
DECLARANTE: _____
TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

GUERRERO



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	2. CURP _____		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		
	7. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un mes: Horas _____ Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Días _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11. RESIDENCIA 11.1 Dirección de donde vivía el fallecido(a) _____ 11.2 Municipio o delegación _____ 11.3 Localidad _____				
DE LA DEFUNCIÓN	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		16. DOMICILIO EN EL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN Calle _____ Colonia _____ Ciudad _____ Estado _____		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? _____		
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____		23.4 Municipio o delegación _____		23.5 Entidad federativa _____		
	DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
		26. CERTIFICADA POR 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"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____			
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____				
	30. DOMICILIO Calle _____ Colonia _____ Ciudad _____ Estado _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____				
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Año _____		Art 113 LFTAIIP		

Art. 110
Fracc. V
LFTAIIP

Motivación 1

Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO.

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCION FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL NEGOCIO. LA INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) completo(s) del fallecido(a) [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
2. CURP [Redacted]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	
7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11. RESIDENCIA HABITUAL Permanente donde vivía al fallecido(a) [Redacted]		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. OCUPACION HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> No trabajaba <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION Calle y número [Redacted]		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTERIOR A LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCION PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted]		21. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1: Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 22.2: Las causas anotadas en el certificado de defunción corresponden a: Complicaciones del embarazo, parto o puerperio <input type="radio"/> Otras causas <input checked="" type="radio"/>		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1: Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2: Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 23.3: Sitio donde ocurrió: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comarcal o de servicios <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica, obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4: ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: Calle y número [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa [Redacted]		24. NOMBRE DEL ANOTADO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADO POR Médico legista <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELEFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO Calle y número [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACION Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1: Localidad [Redacted] 34.2: Municipio o delegación [Redacted] 34.3: Entidad federativa [Redacted] 34.4: Día Mes Año [Redacted]			

Art. 110 Fracc. V LFTAI. ATENCION: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UFRCA DE REGISTRO DE POBLACION



GUERRERO

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input type="radio"/> MUJER <input checked="" type="radio"/>
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]
IGUALA (LOCALIDAD)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)
MEXICO (PAIS)	
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]	
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]	
B) [REDACTED]	
C) [REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]	
NO. DE CEBILA PROFESIONAL: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	
DECLARANTE	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESORERO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

COMUNICACION
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2016

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL.
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO(A)			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____		
8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
9. 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"/> 09			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____			
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09			
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Código postal _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 03 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 04 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Postgrado <input type="radio"/> 10			
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 09			
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 05 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08			
15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 09			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Código postal _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Hora _____ Minutos _____			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite anotar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ </td> <td style="width: 30%;"> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____ </td> </tr> </table> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: _____		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05			
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02			
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02			
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09			
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área comercial de servicios <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09			
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09			
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____			
DEL INT. 24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
DEL CERTIFICANTE 26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 06			
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____			
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
29. TELÉFONO _____			
30. DOMICILIO _____			
31. FIRMA _____			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
DEL REG. CIVIL 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

53



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	FINADO	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
NOMBRE:	GENARO	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
	NOMBRE(S)	HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
	AÑOS MESES DIAS HORAS	
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)
	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	
IGUALA	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)
	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	
LUGAR: OTRO LUGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE: A)		
B)		
C)		
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. UNIDAD INTEGRAL 3. CARPETA DE INVESTIGACION:
OFICIO NUMERO: [REDACTED]

FIRMAS
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCION Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted]		Se ignora <input type="radio"/> 9
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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 type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input checked="" type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar medidas de apoyo, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] (Código CIE [Redacted]) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		23.1 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunio Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		23.4 ¿Qué parámetro tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 5 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico iratane <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input 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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGAO Num. [Redacted] Libro Num. [Redacted] 33.1 Acta Num. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

55



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN: [REDACTED]

OFICIO NÚMERO: [REDACTED]

ASUNTO: Se solicita registro de defunción.

[REDACTED] (24) VEINTICUATRO DÍA(S) DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL DOS MIL DIECISEIS

1. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
2. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL.
PRESENTE.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona [REDACTED] que falleció en el interior del domicilio ubicado en [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Fecha de Nacimiento: [REDACTED]

Estado civil: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Domicilio actual: [REDACTED]

Padres: [REDACTED] (viva) [REDACTED] (finaada).

Lugar y fecha de muerte: En el domicilio ubicado en [REDACTED]

Causa de muerte: [REDACTED]

Dictador que Dictamino: [REDACTED]

Ministerio Público
Distrito Judicial de

[REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

56



ESPECIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
 NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
 (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
 (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

LUBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

UBICACION: _____ DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

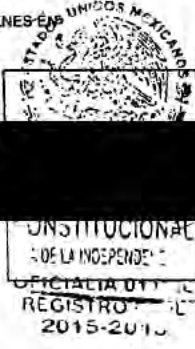
NOMBRE: _____ EDAD: 24
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO SIN NINGUNO DE LOS REQUISITOS NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
REGISTRO CIVIL
CIRRENTON



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

58



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]		SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	ESTADO CIVIL: [REDACTED]
[REDACTED]	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]	HORA: [REDACTED]	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]	
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]	
DONDE FALLECIO: [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]		
B) [REDACTED]		
C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCIÓN: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	

GUERRERO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ESTE CERTIFICADO SE EMITE PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO ES ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) DEL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		
	Nombre(s) [REDACTED]	Apellido paterno [REDACTED]	Apellido materno [REDACTED]
	2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 98	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
	9. 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		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)		
	11.1 Calle y número [REDACTED]	11.2 Colonia [REDACTED]	11.3 Localidad [REDACTED]
	11.4 Municipio o delegación [REDACTED]	11.5 Entidad federativa país (si residía en el extranjero) [REDACTED]	
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input checked="" type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8	14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]		
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]	
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]	15.3 Tipo de vivienda Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 9	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
16.1 Calle y número [REDACTED]	16.2 Colonia [REDACTED]	16.3 Localidad [REDACTED]	
16.4 Municipio o delegación [REDACTED]	16.5 Entidad federativa [REDACTED]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	[REDACTED]	Intensidad aproximada entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]	Código CIE [REDACTED]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	[REDACTED]	Código CIE [REDACTED]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			
23.7.1 Calle y número [REDACTED]	23.7.2 Colonia [REDACTED]	23.7.3 Localidad [REDACTED]	
23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED]	23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		
DEL INF.	24. NOMBRE [REDACTED]	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]	
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [REDACTED]	
	28. NOMBRE [REDACTED]	Número de la cédula profesional [REDACTED]	
	29. TELÉFONO [REDACTED]		
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO [REDACTED]	31. FIRMA [REDACTED]	
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		

Art. 110

Fracción III del artículo 110 del Reglamento del Registro Civil: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

60



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DOÑE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE Cedula PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUERETARO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

SE OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

SELO DE LA OFICIALIA

ARCHIVO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2010
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFQ, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL IINEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Apellido paterno		Apellido materno	
	2. CURP		3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		6. PESO <input type="radio"/> Kilogramos <input type="radio"/> Gramos		7. TALLA <input type="radio"/> Metros <input type="radio"/> Centímetros	
	8. FECHA DE NACIMIENTO		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: <input type="text"/> minutos Para menores de un día: <input type="text"/> horas Para menores de un mes: <input type="text"/> días Para menores de un año: <input type="text"/> meses Para personas de un año o más: <input type="text"/> años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido)		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
	11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> 10	
	13. OCUPACIÓN MARITAL <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación		13.2 Ocupación	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		14.2 Número de seguridad social o afiliación		15. SITO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input type="radio"/> Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
	15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Localidad	
	16. DOMICILIO DOMICILIO DE LA DEFUNCIÓN		16.1 Calle y número		16.2 Colonia	
16.3 Localidad		16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa		
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		20.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		20.2 Causas antecedentes (Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa concausada arriba mencionada en el último lugar la causa básica)	
	20.3 Deficiencia (o consecuencia de)		20.4 Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		20.5 Código CIE	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 59 AÑOS 22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: <input type="radio"/> El embarazo <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Si parto <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Si parto <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas involucran complicaciones o causas del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	
	22.3 ¿Las causas anotadas complican el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFICAR: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		23.2 ¿Cúal parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?	
	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		23.4 Descripción brevemente de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.5 Entidad federativa	
	23.6 Descripción brevemente de la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		23.7 ¿Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.8 Localidad	
	23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
	23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa		25. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A)	
	DEL CERTIFICANTE	24. CERTIFICADA POR <input type="radio"/> Médico tratante <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		29. TELÉFONO
28. NOMBRE		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.3 Fecha de registro		
DEL REG. CIVIL	33.1 Acta Núm.		34.1 Localidad		34.2 Fecha de registro	
	33.2 Municipio o delegación		34.2 Municipio o delegación		34.2 Entidad federativa	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTE REQUISITOS

GUERRERO
GOBIERNO DEL ESTADO

FIRMAS

TESTIGO: _____ DECLARANTE: _____ TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL NO. 01 DEL REGISTRO CIVIL

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2019

INTERESADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN QUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVAR LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
2. CURP [Redacted]		5. PESO Kilogramos Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros Centímetros [Redacted]	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		6. PESO Kilogramos Gramos [Redacted]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]	
9. 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"/> 09		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 09 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Clave de la unidad médica 15.4 Clave de la CLUES	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Parte I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		23. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		24. NOMBRE [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]		28. NOMBRE [Redacted]	
29. DOMICILIO [Redacted]		30. FIRMA [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA FRACCIÓN JUZGADO: [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted]		33. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]	

Motivación 1

Motivación 2

Art. 110
Fracción I
LFTAI

Art. 113
Fracc. I
LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

64



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
MEXICO
C. Oficial No. 01 del Registro Civil
Iguala de la Independencia



FORMATO DE DEFUNCIÓN

No. DE FOLIO, [REDACTED]



CLAVE DE REGISTRO E IDENTIDAD PERSONAL
000000000000

JUZGADO No. [REDACTED] LIBRO No. [REDACTED] ACTA [REDACTED] LOCALIDAD [REDACTED] HORA [REDACTED] DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO [REDACTED]
MUNICIPIO [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA **PUEBLA**

FINADO
NOMBRE [REDACTED]
NACIONALIDAD [REDACTED] EDAD [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED] SEXO [REDACTED]
OCUPACION [REDACTED] ESTADO CIVIL [REDACTED] FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO [REDACTED] DOMICILIO **VER OBSERVACIONES**
NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCIÓN [REDACTED] HORA [REDACTED]
LUGAR [REDACTED]
CAUSA(S) DE LA MUERTE
I a) [REDACTED]
b) [REDACTED]
c) [REDACTED]
II
CERTIFICADO No. [REDACTED] TIPO DE MUERTE **NATURAL**
NOMBRE DEL MEDICO [REDACTED] CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER **INHUMACION**
NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO [REDACTED]
UBICACION [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE [REDACTED] NACIONALIDAD **MEXICANA** EDAD [REDACTED] AÑOS
OCUPACION [REDACTED] PARENTESCO [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE [REDACTED] NACIONALIDAD **MEXICANA** EDAD [REDACTED] AÑOS
OCUPACION **EMPLEADO** PARENTESCO [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]
NOMBRE [REDACTED] NACIONALIDAD **MEXICANA** EDAD [REDACTED] AÑOS
OCUPACION **EMPLEADO** PARENTESCO [REDACTED]
DOMICILIO [REDACTED]

OBSERVACIONES:
LUGAR DE NACIMIENTO DE [REDACTED]
RESIDENCIA HABITUAL DONDE VIVIA [REDACTED]

FIRMAS LEIDA LA PRESENTE Y CONFORMES CON SU CONTENIDO, LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN, EN HACERLO, Y LOS QUE NO SABEN ESTAMPAN SU HUELLA DIGITAL. DOY FE.

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]
EL JUEZ DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL [REDACTED]
SECRETARIA DE GOBIERNO [REDACTED]
DEL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS [REDACTED] SELLO DEL JUZGADO DEL ESTADO CIVIL [REDACTED]

ORIGINAL [REDACTED] NOMBRE [REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL: VIUDA
DOMICILIO HABITUAL:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	ORDEN NO.:
UBICACION:	
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) B) C) C)	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO:	OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

68

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	FINADO	
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA			
NOMBRE:	NOMBRE(S)	SEXO: HOMBRE	MUJER
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
DOMICILIO HABITUAL:	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL PADRE:		NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE:		NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:	
LUGAR:		CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:		
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:			
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)			
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:			
DECLARANTE			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
TESTIGOS			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
NOMBRE:		EDAD:	32
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.			

FIRMAS

TESTIGO / TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN SE EXPEDICIONA EN UN SOLO EJEMPLAR. LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]

2. CURP [redacted]

3. SEXO: Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 99

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1, No 2, Se ignora 99

6. PESO: Kilogramos [redacted] Gramos [redacted]

7. TALLA: Metros [redacted] Centímetros [redacted]

8. FECHA DE NACIMIENTO: Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [redacted] Minutos [redacted] Para menores de un día [redacted] Horas [redacted] Para menores de un mes [redacted] Días [redacted] Para menores de un año [redacted] Meses [redacted] Para personas de un año o más [redacted] Años cumplidos [redacted] Se ignora 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [redacted]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 4, Separado(a) 6, Divorciado(a) 3, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
 11.1 Calle y número [redacted] 11.2 Colonia [redacted]
 11.4 Municipio o delegación [redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Secundaria incompleta 4, Bachillerato o preparatoria incompleta 11, Profesional 7, Se ignora 99
 Preescolar 12, Primaria completa 3, Secundaria completa 5, Bachillerato o preparatoria completa 6, Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora 99
 13.1 Trabajaba SI 1, No 2, Se ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS Oportunidades 10, Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad médica privada 9, IMSS Oportunidades 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8
 15.1 Nombre de la unidad médica [redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [redacted]
 Vía pública 10, Otro lugar 12, Hogar 11, Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [redacted] 16.2 Colonia [redacted] 16.3 Localidad [redacted]
 16.4 Municipio o delegación [redacted] 16.5 Entidad federativa [redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted] Horas [redacted] Minutos [redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1, No 2, Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1, No 2

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) [redacted] Debido a (o como consecuencia de) [redacted]
 b) [redacted] Debido a (o como consecuencia de) [redacted]
 c) [redacted] Debido a (o como consecuencia de) [redacted]
 d) [redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2
 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 23.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 99
 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 99
 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicios 5, Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6, Granja (rancho o parcela) 7, Otro 8, Se ignora 99
 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión
 23.7.1 Calle y número [redacted] 23.7.2 Colonia [redacted] 23.7.3 Localidad [redacted]
 23.7.4 Municipio o delegación [redacted] 23.7.5 Entidad federativa [redacted]

DEL INF.

24. NOMBRE: [redacted]
 Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1, Médico legista 2, Otro médico 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4, Autoridad civil 5, Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [redacted] Número de la cédula profesional [redacted]

28. NOMBRE: [redacted]
 Nombre(s) [redacted] Apellido paterno [redacted] Apellido materno [redacted]

29. TELÉFONO [redacted]

30. DOMICILIO: [redacted] 31. FIRMA: [redacted] 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [redacted] Mes [redacted] Año [redacted]

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA [redacted] JUZGADO [redacted]
 Fracc. I LFTAP [redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [redacted] Fracc. I LFTAP [redacted]

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
	2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	8. PESO _____ Kilogramos Gramos	7. TALLA _____ Metros Centímetros
	9. 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 <u>818</u>	5. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(s)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabaja Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	14. AFINILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD MSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
DE LA DEFUNCIÓN	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	
	15.1 Nombre de la unidad médica _____	
	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____	
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año _____ Mes _____ Día _____ Horas _____ Minutos _____	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTICULARIDAD: enfermedad, lesión o estado patológico que padeció la persona fallecida. a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ e) Debido a (o como consecuencia de) _____ f) Debido a (o como consecuencia de) _____ g) Debido a (o como consecuencia de) _____ h) Debido a (o como consecuencia de) _____ i) Debido a (o como consecuencia de) _____ j) Debido a (o como consecuencia de) _____ k) Debido a (o como consecuencia de) _____ l) Debido a (o como consecuencia de) _____ m) Debido a (o como consecuencia de) _____ n) Debido a (o como consecuencia de) _____ o) Debido a (o como consecuencia de) _____ p) Debido a (o como consecuencia de) _____ q) Debido a (o como consecuencia de) _____ r) Debido a (o como consecuencia de) _____ s) Debido a (o como consecuencia de) _____ t) Debido a (o como consecuencia de) _____ u) Debido a (o como consecuencia de) _____ v) Debido a (o como consecuencia de) _____ w) Debido a (o como consecuencia de) _____ x) Debido a (o como consecuencia de) _____ y) Debido a (o como consecuencia de) _____ z) Debido a (o como consecuencia de) _____ OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS: Otros estados patológicos que ocasionaron la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o lesión mencionada en el último lugar de la causa básica. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____ 21. _____ 22. _____ 23. _____ 24. _____ 25. _____ 26. _____ 27. _____ 28. _____ 29. _____ 30. _____ 31. _____ 32. _____ 33. _____ 34. _____ 35. _____ 36. _____ 37. _____ 38. _____ 39. _____ 40. _____ 41. _____ 42. _____ 43. _____ 44. _____ 45. _____ 46. _____ 47. _____ 48. _____ 49. _____ 50. _____ 51. _____ 52. _____ 53. _____ 54. _____ 55. _____ 56. _____ 57. _____ 58. _____ 59. _____ 60. _____ 61. _____ 62. _____ 63. _____ 64. _____ 65. _____ 66. _____ 67. _____ 68. _____ 69. _____ 70. _____ 71. _____ 72. _____ 73. _____ 74. _____ 75. _____ 76. _____ 77. _____ 78. _____ 79. _____ 80. _____ 81. _____ 82. _____ 83. _____ 84. _____ 85. _____ 86. _____ 87. _____ 88. _____ 89. _____ 90. _____ 91. _____ 92. _____ 93. _____ 94. _____ 95. _____ 96. _____ 97. _____ 98. _____ 99. _____ 100. _____	
	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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"/>	
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
	29. TELÉFONO Número de teléfono _____	
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	
	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ Acta Núm. _____	
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÚLTICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE OCHO DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO: Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 99

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1, No 2, Se ignora 99

6. PESO: Kilogramos [Redacted], Gramos [Redacted]

7. TALLA: Metros [Redacted], Centímetros [Redacted]

8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted]

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted], Minutos [Redacted], Para menores de un día [Redacted], Horas [Redacted], Para menores de un mes [Redacted], Días [Redacted], Para menores de un año [Redacted], Meses [Redacted], Para personas de un año o más [Redacted], Años cumplidos [Redacted], Se ignora 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 4, Separado(a) 6, Divorciado(a) 3, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a)
 11.1 Calle y número [Redacted], 11.2 Colonia [Redacted], 11.3 Localidad [Redacted], 11.4 Municipio o delegación [Redacted], 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Secundaria incompleta 4, Bachillerato o preparatoria incompleta 11, Profesional 7, Se ignora 99, Preescolar 12, Primaria completa 3, Secundaria completa 5, Bachillerato o preparatoria completa 6, Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 13.1 Trabajaba SI 1, No 2, Se ignora 99

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS Oportunidades 10, Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad médica privada 9, IMSS Oportunidades 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted], 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted], 15.3 Localidad [Redacted], 15.4 Municipio o delegación [Redacted], 15.5 Entidad federativa [Redacted]

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [Redacted], 16.2 Colonia [Redacted], 16.3 Localidad [Redacted], 16.4 Municipio o delegación [Redacted], 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1, No 2, Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1, No 2

20. 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) [Redacted] (Debido a (o) como consecuencia de)
 b) [Redacted] (Debido a (o) como consecuencia de)
 c) [Redacted] (Debido a (o) como consecuencia de)
 d) [Redacted] (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 morboso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]
 Código CIE [Redacted]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 23.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 99

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 99

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Área deportiva 3, Área industrial (taller, fábrica u obra) 6, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Calle o carretera (vía pública) 4, Granja (rancho o parcela) 7, Escuela u oficina pública 2, Área comercial o de servicios 5, Otro 8, Se ignora 99

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted], 23.7.2 Colonia [Redacted], 23.7.3 Localidad [Redacted], 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted], 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

24. NOMBRE: [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1, Médico legista 2, Otro médico 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4, Autoridad civil 5, Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

28. NOMBRE: [Redacted]

29. TELÉFONO: [Redacted]

30. DOMICILIO: [Redacted]

31. FIRMA: [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

33. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA REGISTRAL? SI 1, No 2

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [Redacted], [Redacted]

35. MOTIVACIÓN: Fracc. 1 LFTAI, Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



74

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] PAIS: [REDACTED]
 SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE: [REDACTED] (HOMBRE) [REDACTED] (MUJER)
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS
 NACIONALIDAD: MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
 FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 TESTigos
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAR
TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL ORIGINAL DE ESTE REGISTRO SE ENVIARA AL [REDACTED]
 CONSTITUCIONAL
 LA DE LA INDEPENDENCIA, GUB.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GUERRERO
MEXICO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF. CERTIFICANTE

A. Nombre(s) [Redacted]		Apellido paterno [Redacted]		Apellido materno [Redacted]	
2. CURP [Redacted]					
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>			4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>					
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente)					
11.1 Calle y número [Redacted]		11.2 Colonia [Redacted]		11.3 Localidad [Redacted]	
11.4 Municipio o delegación [Redacted]					
11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input checked="" type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN					
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/>			15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		
IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		
15.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>			15.4 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número [Redacted]		16.2 Colonia [Redacted]		16.3 Localidad [Redacted]	
16.4 Municipio o delegación [Redacted]					
16.5 Entidad federativa [Redacted]					
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite palabras vagas de mark, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)					
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente					
a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica					
b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE					
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)? [Redacted]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión					
23.7.1 Calle y número [Redacted]		23.7.2 Colonia [Redacted]		23.7.3 Localidad [Redacted]	
23.7.4 Municipio o delegación [Redacted]					
23.7.5 Entidad federativa [Redacted]					
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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"/>			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]		
28. NOMBRE [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			Número de la cédula profesional [Redacted]		
29. TELÉFONO [Redacted]					

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

REGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]

2. CURP [REDACTED]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora

6. PESO: Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]

7. TALLA: Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]

8. FECHA DE NACIMIENTO: Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [REDACTED] Minutos [REDACTED] Para menores de un día [REDACTED] Horas [REDACTED] Para menores de un mes [REDACTED] Días [REDACTED] Para menores de un año [REDACTED] Meses [REDACTED] Para personas de un año o más [REDACTED] Años cumplidos [REDACTED] Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
 11.1 Calle y número [REDACTED]
 11.2 Municipio o delegación [REDACTED]
 11.3 Localidad [REDACTED]
 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Bachillerato o preparatoria incompleta Bachillerato o preparatoria completa Profesional Posgrado Se ignora

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 13.1 Trabajaba SI No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE IMSS SEMAR Seguro Popular Otra Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS SEMAR Unidad médica privada IMSS Oportunidades ISSSTE SEMAR Otra unidad pública

15.1 Nombre de la unidad médica: XXX XXX XXX
 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]

15.3 Entidad federativa [REDACTED]

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

20. 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) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

b) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

d) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [REDACTED] Código CIE [REDACTED]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 43 días a 11 meses después del parto o aborto El parto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte El puerperio

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [REDACTED]

23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]

23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]

24. NOMBRE: Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [REDACTED]

28. NOMBRE [REDACTED]

29. TELÉFONO [REDACTED]

30. DOMICILIO: [REDACTED]

31. FIRMA [REDACTED]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED] 33.1 Acta Núm. [REDACTED]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Art 110 Fracc. V, VII LFTAIP

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NOTA CLINICA PROFESIONAL: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

OCCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO
INSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA 200
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2010-2016

INTERESADO

GUERRERO
MEXICO, 1945

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO



ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	6. PESO _____ Kilogramos _____ Gramos		7. TALLA _____ Metros _____ Centímetros
	9. 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 0 9 6 Se ignora <input type="radio"/>		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDEMA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDEMA <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. Domicilio del fallecido(a) 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo _____ _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____			
22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 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 servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____ 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____			
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ 26. 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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____ 30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE _____ 31. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____ 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____ 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acte Núm. _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP
 Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP
 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



79

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: 15 DE MARZO DE 1974 EDAD: 42 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO INTEGRAL 1 CARBETA DE INVESTIGACION: [REDACTED]

OFICIO NUM. [REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIEBEN EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
MAYOR VECES
TODOS
GUERRERO

80



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (26) VEINTISEIS DIA(S) DEL MES DE OCTUBRE DEL DOS MIL DIECISEIS

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
PRESENTE. AL DE INVESTIGACIÓN

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED], de quien informo lo siguiente:

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.



Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 1
del Distrito Judicial de [REDACTED]

DISTRITO JUD. DE HIDALGO
UNIDAD



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 201E
FOLIO

ANTES DE LLENAR ESTA LAS INSTITUCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos [Redacted]
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL (Apote al domicilio permanente del fallecido(a)) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Municipio o delegación [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Municipio o delegación [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Apote una sola causa en cada espacio. Escribe el nombre de la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente) a) [Redacted] Código CIE [Redacted] b) Devido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Devido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parientes tenía el presunto agresor o la fallecida? [Redacted]	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]	
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" 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"/>	EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO [Redacted]	31. FIRMA [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]



LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

80



ESPECIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION (X) CREMACION () NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE
NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS
NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. INTEGRAL 2. CARPETA DE INVESTIGACION: _____

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



83



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, (29) VEINTINUEVE DIA(S) DEL MES DE OCTUBRE DEL DOS MIL DIECISEIS

PROFESOR DE INGENIERIA CIVIL
EN LA CIUDAD DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
CARRERA DE INGENIERIA CIVIL

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTEED DEL FALLECIMIENTO DE LA
SEÑORA DE [REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE
[REDACTED] CUYO INFORME LO SIGUIENTE:

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

PARA EL CASO
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

ESTADO DE GUERRERO
SECRETARÍA DE FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO
INTEGRAL 2

[REDACTED]

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="checkbox"/>		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> MSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>		15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] GUERRERO 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED]
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [REDACTED]
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) [REDACTED]
26. CERTIFICADA POR Médico <input type="checkbox"/> Médico legista <input checked="" type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]
30. DOMICILIO [REDACTED]		31. FIRMA [REDACTED]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [REDACTED], Libro Núm. [REDACTED] 33.1 Acta Núm. [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UNA ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

Table with columns: OFICIALIA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO, LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD FEDERATIVA

DATOS DEL FINADO

Form fields for deceased: NOMBRE, SEXO, EDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NACIONALIDAD, NOMBRE DE LA MADRE, NACIONALIDAD

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form fields for death: FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN, LUGAR, NO. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADAVER, NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN, NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form fields for witness: NOMBRE, NACIONALIDAD, PARENTESCO, EDAD

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 30 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN ... A LOS ... DÍAS DEL MES DE ... DEL ... DOY FE.

NOMBRE Y FIRMA

OFICIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL
IGU SBLLO, GRO.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



86

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S)) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION HOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: LUIS PATIÑO CUEVAS EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
[REDACTED]
DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ELLA INTERVIJERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



INSTITUCIONAL
SECRETARIA DE INTERIORES
FAMILIA 01, DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO
SECRETARIA DE INTERIORES



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO.

FOLIO

160266335

87

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
6. HABLARA ALGUNA LENGUA INDIGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. TALLA Números Gramos Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9. EDAD OBLIVADA Para mayores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorjado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio patrimonial donde vive el fallecido(a)	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajado <input type="radio"/> No trabajado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Hospitales <input type="radio"/> Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número [Redacted] Colonia [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LEÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (PARTE I) Entidad responsable o estado patológico que produjo la muerte directamente		19. ¿FUE PRÁCTICO O ESPERAR? Práctico <input type="radio"/> Esperar <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		22. ¿LAS CAUSAS ENCONTRADAS SON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
24. LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		25. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: 25.1 Descripción breve de la enfermedad, enfermedad o motivo en que se produjo la lesión		26. ¿CÓMO PERMITE LA LEY EL PRESENTE ACTA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
27. ¿FUE UN TRÁNSITO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		28. ¿FUE EN UN LUGAR? Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		29. ¿CÓMO PERMITE LA LEY EL PRESENTE ACTA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
30. NOMBRE DEL CERTIFICANTE POR Médico <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"/>		31. NOMBRE DEL CERTIFICANTE EN MÉDICO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		32. TELÉFONO Número de la cédula profesional	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Número [Redacted] Libro Número [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa [Redacted] Día Mes Año		35. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA COPIA



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL

88



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

OFICIALÍA	LIBRO	ACTA	CRIP	CURP	FECHA DE REGISTRO
█	█	█	█	█	█
LOCALIDAD			MUNICIPIO O DELEGACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA
█			█		█

DATOS DEL FINADO

NOMBRE: █
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

SEXO: MASCULINO FEMENINO ESTADO CIVIL: █ NACIONALIDAD: MEXICANA

EDAD: █ FECHA DE NACIMIENTO: █

LUGAR DE NACIMIENTO: █
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

NOMBRE DEL CÓNYUGE: █ NACIONALIDAD: █

NOMBRE DEL PADRE: █
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD: █ CURP: █

NOMBRE DE LA MADRE: █
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD: MEXICANA CURP: █

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: █ LUGAR: █

No. DE CERTIFICADO: █ DESTINO DEL CADÁVER: INHUMACIÓN CREMACIÓN

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO: █

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: █

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: █

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: █

No. DE CÉDULA PROFESIONAL: █

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: █ PARENTESCO: █

NACIONALIDAD: █ EDAD: █

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 402 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN █ DÍAS DEL MES DE █ DEL █, DOY FE.

COTEJO: CAS

RMA

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPAL DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
	2. CURP [Redacted]	3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 99 Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input type="radio"/> 02	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 09	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 01 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09			11. RESIDENCIA LA DEFUNCIÓN 11.1 Colonia [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10			13. OCLUSIÓN OCULAR Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08			15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 16.1 Colonia [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]			17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
DE LA DEFUNCIÓN	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: Indique una o más causas en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc. PART I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debe ser como consecuencia de [Redacted] b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica [Redacted] c) Debe ser como consecuencia de [Redacted] PART II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Suicidio <input type="radio"/> 03 Homicidio <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina públicas <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]			21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]			23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]				
DEL INF.	24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
DEL CERTIFICANTE	26. CERTIFICADA POR: Médico veterinario <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08			
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]			
	28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted] TELÉFONO [Redacted]			
DEL REG. CIVIL	30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]			
	31. FIRMA DEL CERTIFICANTE: [Redacted]			
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

90



31

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	ESTADO
FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input checked="" type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATÓRIO: [REDACTED]	
LUBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]	
B) [REDACTED]	
C) [REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	
DECLARANTE	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCCUPACION: [REDACTED]

GUERRERO
MEXICO
CARRIZO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTE PRESENTES
INTESTAMENTO
[REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 0109, REGISTRO CIVIL



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
JALA DE LA PROGRESION
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

91

LA INFORMACIÓN QUE SE PRESENTA EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
	2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]	
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99			
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]			
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Vuelto(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]			
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 5 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. AFILIACIÓN 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 type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99				
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]				
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
	22. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 64 AÑOS? 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
	23. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (asilo, hospital, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
	23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]			
	23.5 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]			
	23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]			
	24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
	26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Cirujano médico <input 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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
	28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]				
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]	
	33.1 Acta Núm. [Redacted]		34.4 Día Mes Año [Redacted]	

Palacios



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE LINEA DE REGISTRO DE POBLACION

02



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRES) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION HOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTE REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

LA REPUBLICA DE COAHUILA DE ZARAGOZA
SECRETARIA DE INVESTIGACION
DEL CASO
[REDACTED]

SELLO OFICIAL
AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE [REDACTED]
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

INTERESADO

GUERRERO
GRANDE

31

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CER. JUDADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
	2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	5. PESO ____ Kg. ____ Gr.
	6. FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ Día Mes Año	7. TALLA ____ M. ____ Cm.
	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	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	10. RESIDENCIA HABITUAL. Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Calle y número _____ 10.2 Colonia _____ 10.3 Localidad _____ 10.4 Municipio o delegación _____ 10.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____	
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUESE) _____ 15.3 Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____ 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote las causas en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, estroña, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que le produjo _____ 21. CAUSA BÁSICA DE DEF. Código CIE _____		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique al la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (pueblo, colonia, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué patrimonio tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE POR _____ Médico legista <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"/>		
25. NOMBRE DEL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ Número de la cédula profesional _____		
26. NOMBRE DEL CERTIFICANTE _____ Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
27. TELÉFONO _____		
28. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE _____ Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		
29. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____		
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



94

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUUELLA DIGITAL

R.C. ORIGINAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
ESTADO DE COAHUILA DE ZARAGOZA
OFICIALIA DE REGISTRO CIVIL
2015-2016

INTERESADO

GUERRERO
MEXICO
COAHUILA DE ZARAGOZA
MUNICIPIO DE [REDACTED]

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCION FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____				
	2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/>		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO _____ Kilogramos Gramos		
	7. TALLA _____ Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO _____ Día Mes Año		
	9. 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"/>				
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____				
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACION HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/>		
	14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica: _____ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				
DE LA DEFUNCION	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____				
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir—ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		Intervista aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____		
	22. ¿LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 22.1 ¿Se embarazó si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
	23. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA ESPECIFICAR: 23.1 ¿Fue en presencia: Apiliente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía si presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Ave industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____				
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____				
	DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
		26. CERTIFICADA POR Médico <input checked="" 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"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO 5107017 Número de la cédula profesional	
	DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELEFONO _____	
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____			
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____		
	33.1 Acta Núm. _____		34.1 Localidad _____		
	33.1 Acta Núm. _____		34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA



REGISTRO CIVIL

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



96

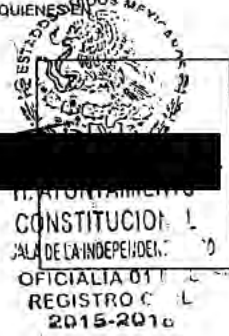
OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO			
NOMBRE:		SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/>	MUJER <input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRE (s)		(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
	AÑOS MESES DIAS HORAS		
LUGAR DE NACIMIENTO:		MEXICO	
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:		ESTADO CIVIL:	
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:	
LUGAR:		CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CABAVER:	INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:		
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIDO:			
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:			
DECLARANTE			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	MADRE
DOMICILIO:		OCUPACION:	
TESTIGOS			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.			

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE GUERRERO
CONSTITUCION
JALISCO DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2016

GUERRERO
ESTADO LIBRE ASOCIADO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2016
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		20. 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos; si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándolos en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo
21. SI LA DEFUNCIÓN 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

ESTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEBE ENTREGARSE SEMANALMENTE EN SU ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

98



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	FINADO	
NOMBRE: _____		SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____		ESTADO CIVIL: _____
DOMICILIO HABITUAL: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL CONYUGE: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION: _____		HORA: _____
LUGAR: ISSSTE		CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> HOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____		MUNICIPAL
UBICACION: _____		ORDEN NO.: _____
DONDE FALLEGIO: _____		
CAUSAS DE LA MUERTE: _____		
TIPO DE DEFUNCION: _____		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____		
NO. DE CEBILIA PROFESIONAL: _____		
DOMICILIO: _____		
DECLARANTE		
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____		OCUPACION: _____
TESTIGOS		
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____		OCUPACION: _____
NOMBRE: _____		EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____		OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

SE HICO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



CONSTITUCION
JALA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
2015-2016

ENTREGUE EL ORIGINAL 1 6 43 CODIA / BOGALVA

GUERRERO
REGISTRACION

GUERRERO
REGISTRACION

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA SU LIBRO DE DEFUNCIONES. LA 3ª COPIA (VERDE) PARA ENTREGARLA AL INEGI DE DEFUNCIÓN QUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]			
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
6. PESO [Redacted] Kilogramos [Redacted] Gramos		7. TALLA [Redacted] Metros [Redacted] Centímetros	
8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos Para menores de un día: [Redacted] Horas Para menores de un mes: [Redacted] Días Para menores de un año: [Redacted] Meses Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/> 9			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 8 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 [Redacted] Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]	
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]			
24. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]	
28. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno		29. TELÉFONO [Redacted]	
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]	
		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año	

Art 110
Fracc. I
LFTAI
Motivación 1

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad [Redacted]

Art 113
Fracc. I
LFTAI
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

100



Form fields including: OFICIALIA, FECHA DE REGISTRO, LIBRO DE, ACTA No., LOCALIDAD, ENTIDAD FEDERATIVA, FINADO, NOMBRE, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, NACIONALIDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO HABITUAL, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, FALLECIMIENTO, TIPO DE DEFUNCION, NOMBRE DEL MEDICO, NO. DE CEDULA PROFESIONAL, DECLARANTE, TESTIGOS.

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE GUERRERO. FISCALIA ESPECIALIZADA CONTRA EL SECUESTRO.

FIRMAS and TESTIGO sections with redacted names and signatures.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REG...

FIRMA

SELO DE LA MESA
CONSTITUCIONAL
A. DE LA INDEPENDENCIA, GR.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL

GUERRERO
INDEPENDENCIA
1930
GRUPO 10

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FALLECIDO(A)

101

Nombres		Apellido paterno		Apellido materno		3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora		4. NACIONALIDAD <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora			
5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año					
9. 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		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora							
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)											
11.2 Colonia				11.3 Localidad							
11.4 Municipio o delegación				11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)							
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.1 Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				14.1 Número de seguridad social o afiliación							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>				15.1 Nombre de la unidad médica				15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)		15.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN											
16.1 Calle y número			16.2 Colonia			16.3 Localidad					
16.4 Municipio o delegación			16.5 Entidad federativa								
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos					18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)								Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)								Código CIE			
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)								Código CIE			
c) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)								Código CIE			
d) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)								Código CIE			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo								Código CIE			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>				22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)?			
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión							
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión											
23.7.1 Calle y número			23.7.2 Colonia			23.7.3 Localidad					
23.7.4 Municipio o delegación			23.7.5 Entidad federativa								
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno						25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" 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"/>						27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 828826 Número de la cédula profesional					
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno						29. TELÉFONO					
30. DOMICILIO						30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año					
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.				34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad							
Art. 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000				34.2 Municipio o delegación		34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año			

ENTRE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

LA DEFUNCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Motivación 1 Motivación 2



102

Dependencia:	Fiscalía General del Estado de Guerrero.
Sección:	Fiscalía Especializada Contra el Secuestro.
Número:	[REDACTED]
Carpeta de Investigación:	[REDACTED]
Asunto:	[REDACTED]

Chilpancingo, Gro, a 11 de noviembre del 2016.

Coordinación Técnica del Sistema Estatal del Registro Civil del Estado de Guerrero.
Edificio Juan N. Álvarez, planta baja, calle Ignacio Zaragoza, esquina 16 de septiembre, Colonia Centro, Chilpancingo, Guerrero.

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 21 de la constitución federal; 139 de la constitución política local; 127, 131 fracciones III y IX y 271 del Código Nacional de Procedimientos Penales, que [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

Nombre:	[REDACTED]
Edad:	[REDACTED]
Ocupación:	[REDACTED]
Domicilio:	[REDACTED]
Padres:	[REDACTED]
Nacionalidad:	Mexicana.
Estado Civil:	[REDACTED]
Originario:	[REDACTED]
Instrucción:	[REDACTED]
Lugar del Deceso:	[REDACTED]
Fecha del Deceso:	[REDACTED]
Causa de Muerte:	[REDACTED]
Médico Que Dictamino	[REDACTED]
Lugar De Inhumación:	[REDACTED]

Lo que comunico a usted para los efectos legales correspondiente a que haya lugar.



FISCALIA GENERAL DEL ESTADO DE GUERRERO
 FISCALIA ESPECIALIZADA CONTRA EL SECUESTRO
 MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMÚN
 CHILPANCINGO, GRO

Atentamente
 [REDACTED]
 Agente del Ministerio Público del Fuero Común
 Adscrito a la Fiscalía Especializada Contra el Secuestro.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

103



14

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
[REDACTED]

FIRMA



GUERRERO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CRISTIANO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2018
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

104

PRESENTE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVACIÓN APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	2. CURP [REDACTED]	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [REDACTED] Minutos [REDACTED] Para menores de un día [REDACTED] Horas [REDACTED] Para menores de un mes [REDACTED] Días [REDACTED] Para menores de un año [REDACTED] Meses [REDACTED] Para personas de un año o más [REDACTED] Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 9	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9
	11. RESIDENCIA 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99	13. OCUPACIÓN [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99	13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
DE LA DEFUNCIÓN	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	
	16. DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]	15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] 15.3 Tipo de establecimiento de salud [REDACTED] 15.4 Tipo de atención [REDACTED] 15.5 Tipo de servicio [REDACTED] 15.6 Tipo de unidad [REDACTED] 15.7 Tipo de centro [REDACTED] 15.8 Tipo de planta [REDACTED] 15.9 Tipo de edificio [REDACTED] 15.10 Tipo de terreno [REDACTED] 15.11 Hogar <input checked="" type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED]	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Devido a (o como consecuencia de) [REDACTED] b) Devido a (o como consecuencia de) [REDACTED] c) Devido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) [REDACTED] 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 [REDACTED] Código CIE [REDACTED]	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No está embarazada en los últimos 11 meses previos al parto <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	23.3 ¿Si la lesión ocurrió en un lugar particular: Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]	24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED] 25. PARENTESCO CON EL/ LA FALLECIDO(A) [REDACTED]
	26. 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	27. SI EL CERTIFICANTE ES: [REDACTED] Número de la cédula profesional [REDACTED]	28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	29. TELÉFONO [REDACTED]
	30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE Calle y número [REDACTED] Colonia [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Entidad federativa [REDACTED]	31. FIRMA [REDACTED]	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED] 33.1 Acta Núm. [REDACTED]
DEL REG. CIVIL	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	35. FIRMA DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]	36. FECHA DE REGISTRO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MÉXICO
REGISTRO CIVIL



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
[REDACTED]

OFICIALIA No.	LIBRO No.	ACTA No.	MUNICIPIO	FECHA DE REGISTRO		
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DIA	MES	AÑO
LOCALIDAD				[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

FINADOR(A)	NOMBRE:	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	SEXO:	[REDACTED]		
		NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			
	NACIONALIDAD:	MEXICANA					EDAD:	[REDACTED] AÑOS
	NOMBRE DEL PADRE:	[REDACTED]						
FALLECIMIENTO	NOMBRE DE LA MADRE:	[REDACTED]						
	DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]					
	UBICACION:	[REDACTED]				ORDEN No.	[REDACTED]	
	FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	HORA:	[REDACTED]	FOLIO DEL CERT. DE DEFUNCION:	[REDACTED]		
	LUGAR:	[REDACTED]						
	CAUSAS DE LA MUERTE:	[REDACTED]						
DECLARANTE	DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION			NO. DE CEDULA PROFESIONAL				
	NOMBRE:	[REDACTED]			[REDACTED]			
	NOMBRE:	[REDACTED]			EDAD: [REDACTED] AÑOS			
	NACIONALIDAD:	MEXICANA			PARENTESCO: NINGUNO			

ANOTACIONES
*SE ASIENTA LA PRESENTE ACTA POR ORDEN DEL MINISTERIO PUBLICO SEGUN OFICIO NUMERO [REDACTED] DEDUCIDO DEL [REDACTED] SE REMITE AL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA GUERRERO COPIA CERTIFICADA DE LA PRESENTE ACTA DOY FE [REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DE LOS ARTICULOS 3.1 Y 3.7 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO DE MEXICO. A LOS 20 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2016 EL DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL. DOY FE.

Cadena Original: [REDACTED]

Firma Electrónica: [REDACTED]

[REDACTED]

MAESTRO EN ADMINISTRACION PUBLICA
MAURICIO NOGUEZ ORTIZ
DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO CIVIL
NOMBRE Y FIRMA

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MEXICO
Dirección General del
Registro Civil

[REDACTED]

Para verificar el contenido de este documento en cualquier momento, visite el sitio web del Registro Civil en: www.registrocivil.gob.mx

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. PESO [REDACTED] Kilogramos Gramos	7. TALLA [REDACTED] Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED] Día Mes Año		
9. EDAD CUMPLIDA Para mayores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED]		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>		15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] Vía pública <input checked="" type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NEC [REDACTED]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED]
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] b) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo. [REDACTED]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21. CAUSA BÁSICA DE D Código CIE [REDACTED]
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input checked="" type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el p agresor con el(la) fallecido(a)? [REDACTED]
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [REDACTED]		23.8 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO [REDACTED]
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input checked="" type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]
30. DOMICILIO [REDACTED]		31. FIRMA [REDACTED]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Año [REDACTED] Mes [REDACTED]		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [REDACTED]
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED]		35. Fracc. I LFTAIP [REDACTED]

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art 110 Fracc. V LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. EL ACTA DE DEFUNCIÓN DEL CERTIFICANTE DEBE CONSERVARSE EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEEL. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

107

107 ✓



GUERRERO
ESTADO LIBRE Y SOBERANO



REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FALLECIDO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

GOBIERNO CONSTITUCIONAL
ESTADO DE LA INDEPENDENCIA, LGRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
GOBIERNO CONSTITUCIONAL
ESTADO DE LA INDEPENDENCIA, LGRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

108

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEÑORES... LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES... NOTARÍA PÚBLICA DE LA CIUDAD DE GUAYMAS, SONORA

1. NOMBRE (Apellido paterno)		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
2. ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
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		9.1 Para menores de un año escribe el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorcedo(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vive el fallecido(a))					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación		11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL		
12.1 Preescolar <input type="radio"/> 12.2 Primaria completa <input type="radio"/> 12.3 Secundaria completa <input type="radio"/> 12.4 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 12.5 Posgrado <input checked="" type="radio"/>			13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN					
15.1 Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>			15.1 Nombre de la unidad médica		15.2 Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN					
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación		16.5 Entidad federativa			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Código CIE
a) Debido a (o como consecuencia de)					
b) Debido a (o como consecuencia de)					
c) Debido a (o como consecuencia de)					
d) 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 morboso que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron como consecuencia directa del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:					
23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		23.4 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)?	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:					
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión					
23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
26. CERTIFICADA POR 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"/>			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno			29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO			31. FIRMA		
			32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

109



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
HOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCIÓN: _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIÓ LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. DECIM. No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 VALLE DE LA GUAYABANA, GUERO
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

18

GUERRERO
MAYORISTA TEXOS

GUERRERO



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]						
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]						
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2						
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]				
		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]						
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]						
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]								
DEL INF.		24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]				
		26. 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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]				
DEL CERTIFICANTE		28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]				
		30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
DEL REG. CIVIL		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 33.1 Acta Núm. [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día Mes Año [Redacted]				

SOCIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
 LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
 MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE P) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DÍAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) MEXICO
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) MEXICO
 ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ADEMAS LAS VARIANTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMA: [REDACTED]
 TESTIGO: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL PRESENTE ACTA IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
 [REDACTED]
 [REDACTED]

GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO
 SECRETARÍA DE GOBIERNO
 REPARTAMENTO CONSTITUCIONAL
 SALA DE LA INDEPENDENCIA, C.P.
 OFICIALIA 04-02
 REGISTRO CIVIL
 2015-2016

19

GUERRERO
 NACIMIENTO TODOS
CRISTÓBAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



113

24

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

DEFUNCIÓN: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

QUEDAR VALSICO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE LICENCIA PROFESIONAL: [REDACTED]

EDUCACION: [REDACTED]

DECLARANTE

NOBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS AL CASO LAS SIGUIENTES
 FOTOCOPIAS
 FOTOCOPIAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] TESTIGO [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

EL VOLUNTARIO
 INSTITUCION
 DE LA INDEPENDENCIA
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR



114

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL (SE)

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO [Redacted] Gramos		7. TALLA [Redacted] Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos Para menores de un día: [Redacted] Horas Para menores de un mes: [Redacted] Días Para menores de un año: [Redacted] Meses Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos				9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]				Se ignora <input type="radio"/>	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>									
11. RESIDENCIA HABITUAL (Año de domicilio permanente donde vivía al fallecido(a)) Calle y número [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]									
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>				13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]					
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>						15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Número [Redacted] Colonia [Redacted] Localidad [Redacted] Municipio o delegación [Redacted] Entidad federativa [Redacted]						19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]				18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfena, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo									
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>				22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				23.3 ¿En qué lugar ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (a) fallecido(a)? [Redacted]			
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]				23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]					
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]									
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]				25. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) [Redacted]					
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]					
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]				28. TELÉFONO [Redacted]					
30. DOMICILIO [Redacted]				31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]				34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]					

AUTORIZACIÓN DEL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL, DEBE EFECTUARSE SEMANALMENTE EN EL OFICINARIO A LA CORRIENTE DE TRÁMITE

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

24

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

115



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) GUERRERO MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: VIUDO

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____

B) _____

C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



SELLO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
REGISTRATORES
CARRILLO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS DEBEN ENTREGAR LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

27

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Muje <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Minutos _____ Para menores de un día _____ Para menores de un mes _____ Para menores de un año _____ Para personas de un año o más _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>		8. FECHA DE NACIMIENTO _____ Mes _____ Año _____
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ No 12 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input checked="" type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> <u>Hojalatero</u>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa <u>Guerrero</u>		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE VIDA 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____ Se ignora <input type="radio"/>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Número de la cédula profesional _____
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ 29. TELÉFONO _____
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		31. FIRMA _____ 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
30. DOMICILIO _____ 33.1 Acta Núm. _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____

Artículo 140. EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Fracc. V, VII
LFTAIIP

Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

118



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
 LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
 MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO
 NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____
 (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: IMSS _____ CERTIFICADO NO.: _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
 DONDE FALLECIO: _____
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

INVESTIGACION
 LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUERIMIENTOS PARA EL CASO

FIRMAS
 _____ TESTIGO
 _____ DECLARANTE
 _____ TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



25

GUERRERO
NOS UNIREMOS TODOS
REGISTRO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

120



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO		

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO



GUERRERO
H. AYUNTAMIENTO

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERVIDORES, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA 2ª COPIA (VERDE) PARA ENTREGARLA AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
 LA 3ª COPIA (AZUL) PARA ENTREGARLA AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO FAMILIAR (IMSS-FAM)
 LA 4ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO FAMILIAR (IMSS-FAM)
 LA 5ª COPIA (VERDE) PARA ENTREGARLA AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
 LA 6ª COPIA (AZUL) PARA ENTREGARLA AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO FAMILIAR (IMSS-FAM)

121

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		Nombre(s) [REDACTED]		Apellido paterno [REDACTED]		Apellido materno [REDACTED]	
2. CURP		[REDACTED]		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
3. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
4. EDAD CUMPLIDA		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA	
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN MÁS RECIENTE		14.1 Número de seguridad social o afiliación		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
24. NOMBRE DEL INF.		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		29. TELÉFONO		30. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		31. TELÉFONO	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



3^a clase

ESTADO CIVIL: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DÍAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

LUBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CONDICIONES DE FALLECIMIENTO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES: [REDACTED]

PRESENTE REQUISITOS. [REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



[REDACTED]

M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
- 2014 -

REGISTRO CIVIL
AYUNTAMIENTO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

123



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DÍAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

LUBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE/ [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



INSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA
 OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL
 2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SIGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (ROSA) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Centímetros _____	
9. 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 053		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. RESIDENCIA PERMANENTE (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SITIO DE OCURENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Localidad _____ 15.4 Municipio o delegación _____ 15.5 Entidad federativa _____	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: para cardíaco, asfianca, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(ta) fallecido(a)? _____ 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____	
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____	
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____ 30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE _____ 31. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____ 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD.
 Fracc. V, VII LFTAIP INTERESADO Fracc. I LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]
LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS
NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS
[REDACTED] TESTIGO
[REDACTED] DECLARANTE
[REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL MOMENTO DE SU INTERVENCIÓN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
NO NECESITA A TODOS
CÁMBIOLIBRO

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL IMEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____
7. TALLA Metros _____ Centímetros _____	8. PESO Kilogramos _____ Gramos _____
9. 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="checkbox"/>	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguno <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 15.3 Localidad _____ 15.4 Municipio o delegación _____ 15.5 Entidad federativa _____	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____	
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo e) _____ f) _____ g) _____ h) _____ i) _____ j) _____ k) _____ l) _____ m) _____ n) _____ o) _____ p) _____ q) _____ r) _____ s) _____ t) _____ u) _____ v) _____ w) _____ x) _____ y) _____ z) _____ 20.1 Código CIE _____	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Las causas anotadas son lesiones al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.4 ¿Cual permitiera tanto el presunto agrave como el (a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO 23.1 ¿Fue un accidente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (leño, ornato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial de servicios <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
24. ¿La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: _____ 24.1 Calle y número _____ 24.2 Colonia _____ 24.3 Localidad _____ 24.4 Municipio o delegación _____ 24.5 Entidad federativa _____	
25. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: _____ 25.1 Calle y número _____ 25.2 Colonia _____ 25.3 Localidad _____ 25.4 Municipio o delegación _____ 25.5 Entidad federativa _____	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Cirujano <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
29. TELÉFONO Número de teléfono _____	
30. DOMICILIO Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	
31. FIRMA Firma _____	
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Nom. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[REDACTED]

127

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ESTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]				
	2. CURP [REDACTED]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 99 Mujer <input checked="" type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 00		
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]		7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]		
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]				
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 09				
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]				
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 [REDACTED] 15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED] Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99					
DE LA DEFUNCIÓN	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]				
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		
	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED]		
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] b) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] c) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) [REDACTED] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbose que la produjo.				
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 A 34 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
	22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)? [REDACTED] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [REDACTED] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]				
	DEL INF.	24. NOMBRE [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]	
		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]	
		28. NOMBRE [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]	
30. DOMICILIO [REDACTED]		31. FIRMA [REDACTED]			
DEL REG. CIVIL	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED], Libro Núm. [REDACTED] 33.1 Acta Núm. [REDACTED]		
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		34.5 [REDACTED]		

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. I LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

FOLIO

130

En nombre del Sr. [Redacted] Jefe de [Redacted] de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [Redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja [Redacted] se encuentran asentados los datos siguientes:

ACTA DE DEFUNCION

CRIP [Redacted]
CURP [Redacted]

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
MUNICIPIO O DELEGACION		ENTIDAD FEDERATIVA		
[Redacted]		[Redacted]		

DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
DOMICILIO: Calle, N.Int, N.Ext, Col.		LOCALIDAD	MUNICIPIO
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL	
[Redacted]	MEXICO	[Redacted]	

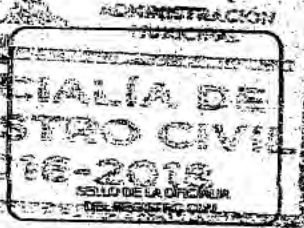
DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION		LUGAR DE LA DEFUNCION	
[Redacted]		[Redacted]	
NATURAL	TIPO DE LA MUERTE		
[Redacted]	[Redacted]		
NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No.	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION			
A- [Redacted]			
B- [Redacted]			
C- [Redacted]			

El suscrito oficial del Registro Civil... Certifico que los datos de la presente corresponden en todas sus partes a los que se encuentran asentados en el original que tiene a su cargo.

A.C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

Certificación que se expide en [Redacted] MORELOS



...continúa al reverso...
12/12/2016 10:37:27
FECHA DE EXPEDICION



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
	2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 15.3 Localidad [Redacted] 15.4 Municipio o delegación [Redacted] 15.5 Entidad federativa [Redacted] 15.6 Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote las causas 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]			
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
30. DOMICILIO [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]	
31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Motivación 1 [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Motivación 2 [Redacted]	

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

6. PESO: [Redacted] Kilogramos + [Redacted] Gramos

7. TALLA: [Redacted] Metros + [Redacted] Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted] Minutos Para menores de un día [Redacted] Horas Para menores de un mes [Redacted] Días Para menores de un año [Redacted] Meses Para personas de un año o más [Redacted] Años cumplidos

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
 11.1 Calle y número: **IGUALA INDEPENDENCIA**
 11.2 Colonia: [Redacted] 11.3 Localidad: [Redacted] 11.4 Municipio o delegación: [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

13. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora

13.1 Trabajaba Sí No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública

15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted] 15.3 Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número: [Redacted] 16.2 Colonia: [Redacted] 16.3 Localidad: [Redacted] 16.4 Municipio o delegación: [Redacted] 16.5 Entidad federativa: [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 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

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.5 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

24. NOMBRE DEL INF.: Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted] 24.5 Entidad federativa: [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional: [Redacted]

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

29. TELÉFONO: [Redacted]

30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE: [Redacted] Apellido materno [Redacted]

31. FIRMA: [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 110 [Redacted] Libro Núm. [Redacted] LFTAIP

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad: [Redacted] Fracc. I LFTAIP



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

133



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A [REDACTED] B [REDACTED] C [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MAYORADO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

[REDACTED SIGNATURE]

GUERRERO
 NO SE ASERENA A TODOS
 CRISTIANO

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENVIARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO SE COLECTA Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
 NORMATIVIDAD APLICABLE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

2. CURP		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos Gramos		7. TALLA Metros Centímetros	
9. 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		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))					
11.1 Calle y número		11.2 Colonia		11.3 Localidad	
11.4 Municipio o delegación			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/>		
12.1 Preescolar <input type="radio"/> 12.2 Primaria completa <input type="radio"/> 12.3 Secundaria completa <input type="radio"/> 12.4 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 12.5 Posgrado <input type="radio"/>			13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Segura Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>			15.1 Nombre de la unidad médica		Via pública <input checked="" type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)		
16.1 Calle y número		16.2 Colonia		16.3 Localidad	
16.4 Municipio o delegación			16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paracaidista, asalto, etc.)					21. AUS. BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/>					21.1 Des exclusivo del personal codificado Código CIE
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/>					
c) Debido a (o como consecuencia de) <input type="text"/>					
d) <input type="text"/>					
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/>			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno			29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO SEMEFO, IGUALA			31. [Redacted]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año			33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		
33.1 Acta Núm.			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año		



COORDINACIÓN
SEMEFO
IGUALA

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LA INFORMACION EN ESTE CERTIFICADO SU TRATAMIENTO ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA
 NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCION DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s): [Redacted] Apellido paterno: [Redacted] Apellido materno: [Redacted]

2. CURP: [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI No Se ignora

6. PESO: [Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA: [Redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] Día Mes Año

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: [Redacted] Minutos
 Para menores de un día: [Redacted] Horas
 Para menores de un mes: [Redacted] Días
 Para menores de un año: [Redacted] Meses
 Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Vido(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
 11.1 Calle y número: [Redacted] 11.2 Colonia: [Redacted] 11.3 Localidad: [Redacted]
 11.4 Municipio o delegación: [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora
 Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

13. OCUPACION HABITUAL: [Redacted] Se ignora
 13.1 Trabajaba SI No Se ignora

14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra
 IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora

14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

DE LA DEFUNCION

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada
 IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública

15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]
 15.3 Lugar: Via pública Hogar Se ignora

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION: 16.1 Calle y número: [Redacted] 16.2 Colonia: [Redacted] 16.3 Localidad: [Redacted]
 16.4 Municipio o delegación: [Redacted] 16.5 Entidad federativa: [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION: [Redacted] Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote 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) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted]
 b) Devido a (o como consecuencia de) [Redacted]
 c) Devido a (o como consecuencia de) [Redacted]
 d) [Redacted]
 PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE: [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:
 22.1 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

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 23.1 Fue un presunto: Acidente Homicidio Suicidio Se ignora
 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora
 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública
 Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicios Se ignora

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]
 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:
 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted]
 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]

DEL INF.

24. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE: [Redacted] Nombre(s) Apellido

29. TELÉFONO: [Redacted]

30. DOMICILIO: [Redacted]

31. FIRMA: [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACION: [Redacted] Día Mes Año

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Num. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]
 Art. 110
 33.1 Procedimiento VII LFTAI

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad: [Redacted] 34.2 Municipio o delegación: [Redacted] 34.3 Entidad federativa: [Redacted] 34.4 Día Mes Año: [Redacted]
 Art. 113
 34.1 Procedimiento VII LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

36



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOPIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

[REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



CR DEFUNCION 110
 GUERRA
 MEXICO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO EN EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) SE CONSERVAN EN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Apellido paterno: [REDACTED] Apellido materno: [REDACTED]		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
	2. CURP [REDACTED]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		6. PESO Kilogramos: [REDACTED] Gramos: [REDACTED]		
	7. TALLA Metros: [REDACTED] Centímetros: [REDACTED]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día: [REDACTED] Mes: [REDACTED] Año: [REDACTED]				
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [REDACTED] Minutos: [REDACTED] Para menores de un día: [REDACTED] Horas: [REDACTED] Para menores de un mes: [REDACTED] Días: [REDACTED] Para menores de un año: [REDACTED] Meses: [REDACTED] Para personas de un año o más: [REDACTED] Años cumplidos: [REDACTED]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) Calle y número: [REDACTED] Colonia: [REDACTED] Localidad: [REDACTED] Municipio o delegación: [REDACTED] Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [REDACTED]						
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]				
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input checked="" type="checkbox"/>		15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [REDACTED]		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número: [REDACTED] 16.2 Colonia: [REDACTED] 16.3 Localidad: [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación: [REDACTED] 16.5 Entidad federativa: [REDACTED]						
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: [REDACTED] Mes: [REDACTED] Año: [REDACTED] Horas: [REDACTED] Minutos: [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [REDACTED] Código CIE: [REDACTED]				21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [REDACTED]		
	<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente:</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]</p>						
	<p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</p>						
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [REDACTED]		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]				
	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [REDACTED]						
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [REDACTED] 23.7.2 Colonia: [REDACTED] 23.7.3 Localidad: [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación: [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa: [REDACTED]						
	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	24. NOMBRE Nombre(s): [REDACTED] Apellido paterno: [REDACTED] Apellido materno: [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]			
		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, ANOTE: Número de la cédula profesional: [REDACTED]			
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]		30. DOMICILIO [REDACTED]		
	31. FIR [REDACTED]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: [REDACTED] Mes: [REDACTED] Año: [REDACTED]				
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad: [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación: [REDACTED] 34.3 Entidad federativa: [REDACTED] 34.4 Día: [REDACTED] Mes: [REDACTED] Año: [REDACTED]				
	33.1 Acta Núm. [REDACTED]		34.2 Municipio o delegación: [REDACTED] 34.3 Entidad federativa: [REDACTED] 34.4 Día: [REDACTED] Mes: [REDACTED] Año: [REDACTED]				

Art. 110

Fracc. I LFTAI

Motivación 1

Art. 113

Fracc. I LFTAI

Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

**STATE OF
CERTIFICATION OF VITAL RECORD**

138

STATE OF [REDACTED]
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES - OFFICE OF VITAL RECORDS
CERTIFICATE OF DEATH

State File NO. [REDACTED]

1. DECEDENT'S LEGAL NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) [REDACTED]		2. AKA'S (IF ANY) [REDACTED]		3. DATE OF DEATH [REDACTED]	
4. SEX [REDACTED]	5. SOCIAL SECURITY NUMBER: UNKNOWN	6. DATE OF BIRTH [REDACTED]	7. AGE [REDACTED]	8. UNDER 1 YEAR 9. UNDER 1 DAY	
12. PLACE OF DEATH - HOSPITAL: <input type="checkbox"/> INPATIENT <input checked="" type="checkbox"/> E.R./OUTPATIENT <input type="checkbox"/> DEAD ON ARRIVAL		13. PLACE OF DEATH - OTHER THAN HOSPITAL: <input type="checkbox"/> NURSING HOME OR LONG TERM CARE FACILITY <input type="checkbox"/> RESIDENCE <input type="checkbox"/> HOSPICE FACILITY <input type="checkbox"/> OTHER			
14. FACILITY NAME (OR STREET ADDRESS IF NOT A FACILITY): [REDACTED]		15. CITY, TOWN & ZIP CODE OR LOCATION OF DEATH: [REDACTED]		16. COUNTY OF DEATH: [REDACTED]	
17. BIRTHPLACE (CITY AND STATE OR FOREIGN COUNTRY) MEXICO		18. MARITAL STATUS AT TIME OF DEATH: MARRIED BUT SEPARATED		19. NAME OF SURVIVING SPOUSE (MAIDEN NAME IF WIFE) GUILLERMINA URIOSTEGUI JORGE	
20. DECEDENT'S USUAL RESIDENCE STREET ADDRESS: UNKNOWN		21. CITY AND COUNTY: UNKNOWN, UNKNOWN		22. STATE [REDACTED]	23. ZIP CODE [REDACTED]
25. WAS DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? <input type="checkbox"/> NO / <input checked="" type="checkbox"/> YES, MEXICAN, MEXICAN AMERICAN, CHICANO <input type="checkbox"/> YES, PUERTO RICAN <input type="checkbox"/> YES, CUBAN <input type="checkbox"/> YES, OTHER (SPECIFY) <input type="checkbox"/> UNKNOWN		26. DECEDENT'S RACE(S): WHITE BLACK, AFRICAN AMERICAN NATIVE HAWAIIAN ASIAN-INDIAN CHINESE FILIPINO JAPANESE GUAMANIAN OR CHAMORRO KOREAN VIETNAMESE SAMOAN AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE		27. IF AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE, SPECIFY UP TO 4 TRIBES, PRIMARY OR ENROLLED TRIBE: ADDITIONAL TRIBE: ADDITIONAL TRIBE: ADDITIONAL TRIBE:	
28. OCCUPATION: UNKNOWN		24. EVER IN THE ARMED FORCES NO			
29. FATHER'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) [REDACTED]		30. MOTHER'S NAME (FIRST, MIDDLE, & LAST NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE) [REDACTED]			
31. INFORMANT'S NAME [REDACTED]		32. RELATIONSHIP [REDACTED]		33. INFORMANT'S MAILING ADDRESS: [REDACTED]	
34. NAME AND ADDRESS OF FUNERAL FACILITY: [REDACTED]		35. FUNERAL DIRECTOR: [REDACTED]		36. LICENSE NUMBER: [REDACTED]	
37. METHOD(S) OF DISPOSITION: CREMATION		38. NAME AND LOCATION OF 1st DISPOSITION FACILITY: [REDACTED]		39. NAME AND LOCATION OF 2nd DISPOSITION FACILITY: NONE	
MEDICAL CERTIFICATION SECTION CAUSE OF DEATH PART 1					
40. A IMMEDIATE CAUSE OF DEATH [REDACTED]	41. APPROXIMATE INTERVAL: UNKNOWN				
42. B DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF:	43. APPROXIMATE INTERVAL:				
44. C DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF:	45. APPROXIMATE INTERVAL:				
46. D DUE TO OR AS A CONSEQUENCE OF:	47. APPROXIMATE INTERVAL:				
CAUSE OF DEATH PART II					
48. OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH BUT NOT RESULTING IN THE UNDERLYING CAUSES GIVEN ABOVE: [REDACTED]		49. INJURY? UNKNOWN		50. INJURY AT WORK? NO	
		53. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? YES		51. MANNER OF DEATH [REDACTED]	
				52. TIME OF DEATH [REDACTED]	
				54. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? YES	
CAUSE AND MANNER OF DEATH CERTIFICATION					
57. CERTIFIER'S ADDRESS: [REDACTED]		55. NAME OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH: [REDACTED]		56. DATE CERTIFIED: [REDACTED]	
		58. NAME OF REGISTRAR: [REDACTED]		59. DATE REGISTERED: [REDACTED]	

This is a true certification of the facts on file with [REDACTED] Department of Health Services, Bureau of Vital Records, [REDACTED] Revised 07/2016

ASSISTANT STATE REGISTRAR

This copy not valid unless prepared on a form displaying the State Seal and impressed with the raised seal of the issuing agency.

Certificate of Cremation

159

to certify that _____ was cremated

at _____

under the observance of all legal requirements

on the _____ day of _____, 20 _____

The date of death was _____ Place _____

Age _____ Sex _____

Funeral Home _____

Signe _____



REPUBLICA
DE PARAGUAY
SECRETARÍA DE
INTERIORES

140

OFFICE [REDACTED] FAX: [REDACTED]

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD - OFICINA DEL REGISTRO CIVIL
CERTIFICADO DE DEFUNCION ESTADO ARCHIVO

1. NOMBRE LEGAL DEL DIFUNTO (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO) 2. ALIAS (SI TIENE) 3. FECHA DE DEFUNCION
4. SEXO 5. NUMERO DE SEGURO SOCIAL 6. FECHA DE NACIMIENTO 7. EDAD MENOR DE UN AÑO MENOR DE UN MES
8. MES(ES) 9. DIA(S) 10. HORA(S) 11. MINUTO(S)

12. LUGAR DE FALLECIMIENTO-HOSPITAL PACIENTE INTERNO
 RECIDENCIA HOSPICIO OTRO:

14. NOMBRE DE INSTITUCION (O DIRECCION SI NO ES INSTITUCION) 16. CONDADO DE FALLECIMIENTO

15. CIUDAD, PUEBLO, CODIGO POSTAL O UBICACION DEL FALLECIMIENTO 18. ESTADO CIVIL AL MOMENTO DE FALLECIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y ESTADO O PAIS EXTRANJERO) 19. NOMBRE DE CONYUGE QUE SOBREVIVE (DE SOLTERA SI ES POSA)

20. DIRECCION RESIDENCIAL 21. CIUDAD Y CONDADO 22. ESTADO 23. CODIGO POSTAL

25. EL DIFUNTO ERA DE ORIGEN HISPANO?
NO, NO ESPAÑOL, HISPANO O LATINO
SI, MEXICANO, MEXICANO AMERICANO, CHICANO
SI, PUERTORRIQUEÑO
SI, CUBANO
SI, OTRO (ESPECIFIQUE)
24. ¿FUE MIEMBRO DE LA FUERZAS ARMADAS?
27. SI INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA. ESPECIFIQUE HASTA 4 TRIBUS. PRINCIPAL O TRIBU REGISTRADA

DESCONOCIDO
26. RAZA(S)
 BLANCO OTRO ASIATICO (ESPECIFIQUE)
 NEGRO, AFROAMERICANO OTRO DE LAS ISLAS DEL PACIFICO (ESPECIFIQUE)
 NATIVO HAWAIANO OTRO (ESPECIFIQUE)
 ASIATICO INDIO DESCONOCIDO
 CHINO
 FILIPINO
 JAPONES
 GUAMEÑO O CHAMORRO
 COREANO
 SAMOANO

TRIBU ADICIONAL
TRIBU ADICIONAL
TRIBU ADICIONAL

28. OCUPACION

29. NOMBRE DEL PADRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)

30. NOMBRE DE LA MADRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO ANTERIOR AL PRIMER MATRIMONIO)

31. NOMBRE DEL INFORMANTE 32. RELACION

33. DIRECCION DE CORREO DEL INFORMANTE

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	
2. CURP _____		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	
7. TALLA Metros _____ Centímetros _____		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
9. 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"/>		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____	
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11. RESIDENCIA MARITAL 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____			
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
15. SIGO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Indicar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente _____ b) Causas antecedentes (Enfermedades morbosas, si existiera embarazo, que produjeron la causa conyugada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un accidente: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía al presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____			
DEL INF.		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		28. TELÉFONO _____	
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. FIRMA _____	
29. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. DOMICILIO _____		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	
31. FIRMA _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL		33.1 Acta Núm. _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

142



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:		
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:		
UBICACION:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)		
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

TESTIGO _____
DECLARANTE _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
REGISTRO CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

143



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: IMSS _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
MEXICO

LIBRO ACTA No. LOCALIDAD
MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO

NOMBRE: SEXO: HOMBRE MUJER
HOMBRES (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: HORA:
LUGAR: CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: ANTIGUO MUNICIPAL
UBICACION: ORDEN NO.:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:
DOMICILIO:

145

DECLARANTE
NOMBRE: EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:
DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS
NOMBRE: EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:
DOMICILIO: OCUPACION:
NOMBRE: EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:
DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS
TESTIGO DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

146

DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SERVEFOS, ESTOS CONSERVARAN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI
 LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA
 NORMATIVA VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) 2. CURP 3. SEXO: Hombre <input checked="" type="radio"/> / Mujer <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 4. NACIONALIDAD: Mexicana <input checked="" type="radio"/> / Otra <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> / No <input checked="" type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 6. PESO: Kilogramos [] Gramos [] 7. TALLA: Metros [] Centímetros [] 8. FECHA DE NACIMIENTO: Día [] Mes [] Año [] 9. 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"/> 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [] 10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre <input checked="" type="radio"/> / Separado(a) <input type="radio"/> / Divorciado(a) <input type="radio"/> / Vuido(a) <input type="radio"/> / Soltero(a) <input type="radio"/> / Casado(a) <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 11. RESIDENCIA HABITUAL: Apote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [] 11.2 Colonia [] 11.3 Localidad [] 11.4 Municipio o delegación [] 11.5 Entidad federativa y país (al residir en el extranjero) [] 12. ESCOLARIDAD: Ninguna <input type="radio"/> / Primaria incompleta <input type="radio"/> / Secundaria incompleta <input type="radio"/> / Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> / Profesional <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> / Preescolar <input type="radio"/> / Primaria completa <input checked="" type="radio"/> / Secundaria completa <input type="radio"/> / Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> / Posgrado <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 13. OCUPACIÓN HABITUAL: 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> / No <input checked="" type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna <input type="radio"/> / ISSSTE <input type="radio"/> / SEDENA <input type="radio"/> / Seguro Popular <input type="radio"/> / Otra <input type="radio"/> / IMSS <input type="radio"/> / PEMEX <input type="radio"/> / SEMAR <input type="radio"/> / IMSS Oportunidades <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación []		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud <input type="radio"/> / IMSS <input type="radio"/> / PEMEX <input type="radio"/> / SEMAR <input type="radio"/> / Unidad médica privada <input type="radio"/> / Hogar público <input type="radio"/> / Otro lugar <input type="radio"/> / IMSS Oportunidades <input type="radio"/> / ISSSTE <input type="radio"/> / SEDENA <input type="radio"/> / Otra unidad pública <input type="radio"/> / Hogar <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [] 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: 16.1 Calle y número [] 16.2 Colonia [] 16.3 Localidad [] 16.4 Municipio o delegación [] 16.5 Entidad federativa [] 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [] Mes [] Año [] Hora [] Minutos [] 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> / No <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> / No <input checked="" type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debió a (o como consecuencia de) [] b) Debió a (o como consecuencia de) [] c) Debió a (o como consecuencia de) [] d) Debió a (o como consecuencia de) [] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada sección. Evaluar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.): Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [] Código CIE []		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [] 22.1 ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> / El parto <input type="radio"/> / El puerperio <input type="radio"/> / 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> / No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> / No <input checked="" type="radio"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> / No <input checked="" type="radio"/> 23.1 ¿FUE UN PRESUNTO ACCIDENTE? SI <input type="radio"/> / No <input checked="" type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> / No <input checked="" type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/> 23.3 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [] 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [] 23.7.2 Colonia [] 23.7.3 Localidad [] 23.7.4 Municipio o delegación [] 23.7.5 Entidad federativa []	
MUJERES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 24. NOMBRE: Nombre(s) [] Apellido paterno [] Apellido materno [] 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [] 26. CERTIFICADA POR: 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"/> 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [] Número de la cédula profesional [] 28. NOMBRE: [] 29. TELÉFONO: [] 30. DOMICILIO: [] 31. FIRMA DE CERTIFICACIÓN: []		32. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. [] Libro Núm. [] 33.1 Acta Núm. [] 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [] 34.2 Municipio o delegación [] 34.3 Entidad federativa [] 34.4 Día [] Mes [] Año []	
DEL INF. 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. [] Libro Núm. [] 33.1 Acta Núm. []		DEL REG. CIVIL 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [] 34.2 Municipio o delegación [] 34.3 Entidad federativa [] 34.4 Día [] Mes [] Año []	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

147



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO (PAIS)
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS (AS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO: _____
DECLARANTE: _____
TESTIGO: _____

NO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
 AÑO VEINTIUNO
 CIUDAD DE GUERRERO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (KUSA) Y LA 2ª COPIA (KURIA) AL REGISTRO CIVIL PARA QUE SE INSCRIBAN EN EL REGISTRO CIVIL. ENTREGUE LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI PARA QUE SE INSCRIBAN EN EL REGISTRO NACIONAL DE DEFUNCIÓN. ESTOS CONCEPTOS SON OBLIGATORIOS. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		
DE LA DEFUNCIÓN	9. 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"/>		
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> 10		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
	14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input checked="" type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 15.1 Nombre de la unidad médica: _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		
DEL REG. CIVIL	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		
	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa anatómica. Entre estas causas anótela causa básica.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.			
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 2 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____ 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____ 23.7 Sólo en caso de accidentes, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____			
DEL CERTIFICANTE	24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		
DEL REG. CIVIL	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 8		
	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____			
29. TELÉFONO _____			
30. DOMICILIO _____			
31. FIRMA _____			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI
 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

149



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
 LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
 MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____
 FINADO: _____

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRES: _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____
 _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: _____ CERTIFICADO No.: _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PARTIDO O CREAMATORIO: _____
 UBICACION: _____ CODIGO No.: _____
 DONDE FALLECIO: _____
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL SUICIDA
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
 TESTIGOS
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
 EL LA INTERVINIERON Y SABEN LO QUE FIRMAN Y NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
HACE NECESARIA A TODOS
CIPRIANO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO

[Redacted] [Redacted]

150

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL DE DEFUNCIÓN SE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVA LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
2. CURP [Redacted]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.2 Ocupación [Redacted] 13.3 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted] 15.3 Tipo de lugar: Pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar la causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paracardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]			
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]			
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO

SELLO DE LA OFICIALIA
EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPAL DE LA INDEPENDENCIA, GGO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
 NOS REUNIMOS TODOS
 GUERRERO
 GUERRERO

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTRARSE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CÉDULA DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVAR LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno		
2. CURP			3. SEXO			4. NACIONALIDAD			5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		
5.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:			10. ESTADO CONYUGAL			11. RESIDENCIA HABITUAL			12. ESCOLARIDAD		
11.1 Calle y número			11.2 Colonia			11.3 Localidad			11.4 Municipio o delegación		
11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			13. OCUPACIÓN HABITUAL			14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			15.1 Nombre de la unidad médica:			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			15.3 Tipo de lugar		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			16.1 Calle y número			16.2 Colonia			16.3 Localidad		
16.4 Municipio o delegación			16.5 Entidad federativa			17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		
17.1 Día			17.2 Mes			17.3 Año			19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
17.4 Horas			17.5 Minutos			20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
20.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente			20.2 Causas antecedentes			20.3 PARTE II			Código CIE		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			22.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			23.1 Fue un presunto			23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?			23.3 Sitio donde ocurrió la lesión		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:			23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		
23.7.1 Calle y número			23.7.2 Colonia			23.7.3 Localidad			23.7.4 Municipio o delegación		
23.7.5 Entidad federativa			24. NOMBRE			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			26. CERTIFICADA POR		
24.1 Nombre(s)			24.2 Apellido paterno			24.3 Apellido materno			26.1 Médico tratante		
26.2 Médico legista			26.3 Otro médico			26.4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud			26.5 Autoridad civil		
26.6 Otro			27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			28. NOMBRE			29. TELÉFONO		
27.1 Número de la cédula profesional			28.1 Nombre(s)			28.2 Apellido paterno			28.3 Apellido materno		
30. DOMICILIO			31. FECHA DE CERTIFICACIÓN			32. FECHA DE INSCRIPCIÓN			33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		
30.1 Calle y número			30.2 Colonia			30.3 Localidad			30.4 Municipio o delegación		
30.5 Entidad federativa			31.1 Día			31.2 Mes			31.3 Año		
32.1 Día			32.2 Mes			32.3 Año			33.1 Acta Núm.		
33.2 Libro Núm.			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			34.1 Localidad			34.2 Municipio o delegación		
34.3 Entidad federativa			34.4 Día			34.5 Mes			34.6 Año		

100



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

153



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) FIGUEROA (SEGUNDO APELLIDO)
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATRIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS
 [REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN MI NOMBRE INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



GUERRERO
NOTARÍA PÚBLICA
GRACIANO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

155

OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____
MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO
NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
HOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: ANTIGUO MUNICIPAL
UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
DONDE FALLECIO: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO: _____ 3. IGUALA, GUERRERO

DECLARANTE
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO: _____ DECLARANTE: _____ TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
CONSTITUCIONAL
LA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2011

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
2. CURP				3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
				Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO	
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Kilogramos Gramos		Metros Centímetros		Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL			
Para menores de una hora: Minutos		En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)			
Para menores de un día: Horas				11.1 Calle y número			
Para menores de un mes: Días				11.2 Colonia			
Para menores de un año: Meses				11.3 Localidad			
Para personas de un año o más: Años cumplidos				11.4 Municipio o delegación			
				11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero)			
12. ESCOLARIDAD				13. OCUPACIÓN HABITUAL			
Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>				13.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>							
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				14.1 Número de seguridad social o afiliación			
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>							
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN				15.1 Nombre de la unidad médica			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>				Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
				15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN				16.5 Entidad federativa			
16.1 Calle y número				16.2 Colonia			
16.4 Municipio o delegación				16.3 Localidad			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				18. ¿TIVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año Horas Minutos				Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN				21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debilidades (ocurrencia, presencia, etc.) b) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Debilidad (o como consecuencia de) d)				Código CIE Uso exclusivo del personal calificador			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo				21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
				22.1 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
				22.2 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
				23.1 ¿Fue un presunto accidente, violento, específico? Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
				23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
				23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, conato, etc.) <input type="radio"/> Escuela y oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
				23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?			
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:				23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión							
23.7.1 Calle y número				23.7.2 Colonia		23.7.3 Localidad	
23.7.4 Municipio o delegación				23.7.5 Entidad federativa			
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno			
26. CERTIFICADA POR				27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
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 checked="" type="radio"/>				Número de la cédula profesional			
28. NOMBRE				29. TELÉFONO			
Nombre(s)				Apellido paterno			
30. DOMICILIO				31. FIRMA			
30.1 Calle y número				30.2 Colonia			
30.3 Localidad				30.4 Municipio o delegación			
30.5 Entidad federativa				30.6 Día Mes Año			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO				34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
33.1 Acta Núm.				34.1 Localidad			
33.2 Libro Núm.				34.2 Municipio o delegación			
33.3 Acta Núm.				34.3 Entidad federativa			
				34.4 Día Mes Año			

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

COOK COUNTY CLERK VITAL RECORDS

MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

157

STATE FILE NUMBER		DATE ISSUED	
DECEDENT'S LEGAL NAME		SEX	DATE OF DEATH
COUNTY OF DEATH	AGE AT LAST BIRTHDAY	DATE OF BIRTH OCTOBER 01, 1932	
CITY OR TOWN		HOSPITAL OR OTHER INSTITUTION NAME	
PLACE OF DEATH			
BIRTHPLACE	SOCIAL SECURITY NUMBER	STATUS AT TIME OF DEATH	SURVIVING SPOUSE/CIVIL UNION PARTNER'S MAIDEN NAME
RESIDENCE		APT. NO.	CITY OR TOWN
COUNTY	STATE	ZIP CODE	INSIDE CITY LIMITS?
INFORMANT'S NAME		RELATIONSHIP	MAILING ADDRESS
METHOD OF DISPOSITION	PLACE OF DISPOSITION	LOCATION - CITY OR TOWN AND STATE	DATE OF DISPOSITION
FUNERAL HOME			
FUNERAL DIRECTOR'S NAME		FUNERAL DIRECTOR'S ILLINOIS LICENSE NUMBER	
LOCAL REGISTRAR'S NAME		DATE FILED WITH LOCAL REGISTRAR	
CAUSE OF DEATH PART I			
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death)		a.	APPROXIMATE INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH
		b.	
		c.	
		Due to (or as a consequence of):	
PART II Enter other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in PART I.			WAS AN AUTOPSY PERFORMED? NO
			WERE AUTOPSY FINDINGS USED TO COMPLETE CAUSE OF DEATH? N/A
FEMALE PREGNANCY STATUS		MANNER OF DEATH	
DATE OF INJURY	TIME OF INJURY	PLACE OF INJURY	INJURY AT WORK?
LOCATION OF INJURY			
DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED			IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY
ATTEND THE DECEASED?	DATE LAST SEEN ALIVE UNKNOWN	WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? NO	TIME OF DEATH
CERTIFIER	DATE CERTIFIED		
NAME, ADDRESS AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH			PHYSICIAN'S LICENSE NUMBER

NOTE: EMBOSSED STATE AND COUNTY SEALS AT BOTTOM

This is to certify that this is a true and correct copy from the official death record filed with the Department of Public Health.

Cook County Clerk

ANY ALTERATION OR ERASURE VOIDS THIS CERTIFICATE

SECRETARY OF STATE

COUNTRY OF DESTINATION: MEXICO

APOSTILLE

Convention de La Haye du 5 Octobre 1961

1. Country: United States of America

This public document

2. has been signed by [REDACTED]

3. acting in the capacity of [REDACTED]

4. bears the seal/stamp of [REDACTED]

Certified

5. [REDACTED]

6. JA [REDACTED]

7. by the Secretary of State, [REDACTED]

8. No. [REDACTED]

9. Seal/Stamp:

10. Signature: [REDACTED]

SECRETARY OF STATE

This Apostille only certifies the signature and the seal or stamp it bears. It does not certify content of the document for which it was issued. THIS APOSTILLE IS NOT VALID WITHIN THE UNITED STATES OF AMERICA.

Printed on recycled paper. Printed by authority of the [REDACTED]



159

REGISTRO DE TRÁMITE SANITARIO

México D.F. a [redacted]

Hora de expedición: [redacted]

Tipo de Traslado:

Cadáver: T/I Restos Áridos: [redacted]

N° de Trámite: [redacted]

Órgano y/o Tejido: [redacted]

Cenizas: [redacted]

Datos del Finado: [redacted]

Edad: [redacted] Sexo: [redacted]

Fecha de Fallecimiento: [redacted]

Lugar de Fallecimiento: [redacted]

Causa de Defunción: [redacted]

Observaciones: [redacted]

Procedencia: [redacted]

Destino: [redacted]

Acta de Defunción N°: [redacted]

Fecha de expedición: [redacted]

Traducción: SI Visado: SI

Certificado de Embalsamamiento N°: [redacted]

Permiso de Tránsito N°: [redacted]

Fecha de expedición: [redacted]

Fecha de expedición: [redacted]

Traducción: SI Visado: SI

Apostillado No: [redacted]

Fecha de expedición: [redacted]

Manifiesto de Carga: [redacted]

Aerolínea: [redacted] No. De Vuelo: [redacted]

Datos del Solicitante:

Nombre: [redacted]

Tipo de Identificación: [redacted]

Con fundamento en los Artículos 350 bis 1 y 375 fracciones V y VI de la Ley General de Salud; Artículos 100 fracciones II, III y IV, 102 fracciones I, II y III, 103 fracciones I y II, y 104 fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitaria de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, Artículo 110 Fr. I inciso I, 121 Fr. II y 160 de la Ley de Salud del Distrito Federal, Artículos 5 Fr. I inciso s, 17 Fr. I inciso e, del Reglamento de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, Artículos 1 y 2 del Convenio Internacional Relativo al Transporte de Cadáveres, Artículos 1, 18 fracción 2, 22 fracción 1 incisos c y g, fracción 2, artículo 23 fracción 1 inciso b, 57 inciso 2 fracción d, del Reglamento Sanitario Internacional, además del Convenio de la Haya de Derecho Internacional Privado, 1961.

ELABORÓ

[redacted signature]

LA REPUBLICA
 DE INVESTIGACION
 DEL CASO SOLICITÓ

[redacted signature]

REVISÓ

[redacted signature]

Interior de la Aduana del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México

df.gob.mx

Los datos personales recabados en este documento son de carácter confidencial y están sujetos a la Ley de Protección de Datos Personales y del Acceso a la Información Pública. Toda persona que haya sido objeto de este trámite tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos que se hayan recabado. Asimismo, se le informará de los fines para los cuales se recaban los datos y de los procedimientos que se seguirán en caso de ser necesario.

FOLIO

160

En nombre del Ayuntamiento de [redacted] y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja [redacted] se encuentran asentados los datos siguientes:

ACTA DE DEFUNCION

CRIP [redacted]
CURP [redacted]

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
MUNICIPIO O DELEGACION		ENTIDAD FEDERATIVA		
[redacted]		[redacted]		

DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
DOMICILIO: Calle, N.Int, N.Ext, Col.		LOCALIDAD	MUNICIPIO
[redacted]		[redacted]	[redacted]
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL	
[redacted]	[redacted]	[redacted]	

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION		LUGAR DE LA DEFUNCION	
[redacted]		[redacted]	
TIPO DE LA MUERTE	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No.
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE	
[redacted]	[redacted]	[redacted]	
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION			
[redacted]			
OTROS: [redacted]			

ESTADO LIBRE EXISTENTE

[redacted]
El C. Oficial No. 01 del Registro Civil

El suscrito Oficial del Registro Civil Núm 01 de este Municipio Certifica que los datos de la presente corresponden en todas sus letras, números y signos con su original que tuve a la vista

Certificación que se expide en [redacted]



[redacted]
FECHA DE EXPEDICION

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUISEI. LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PART.

Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CIURP [Redacted]

3. SEXO Hombre 1 Mujer 2 Se ignora 99

4. NACIONALIDAD Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 99

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si 1 No 2 Se ignora 99

6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]

7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]

8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora 99

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 99

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted]

11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federaliva o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99

Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10

13. OCUPACION HABITUAL 13.1 Trabajaba Si 1 No 2 Se ignora 99

14. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 9

IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

Via pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted]

16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federaliva [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Año [Redacted] Mes [Redacted] Día [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si 1 No 2 Se ignora 99

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]

Código CIE [Redacted]

21. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si 1 No 2

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 99

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si 1 No 2 Se ignora 99

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Área deportiva 3

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4

Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicios 5

Se ignora 99

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 99

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

23.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted]

23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federaliva [Redacted]

24. NOMBRE [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

26. CERTIFICADA POR Médico 1 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

28. DOMICILIO [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

29. TELÉFONO [Redacted]

30. FIRMA [Redacted]

31. FECHA DE CERTIFICACION Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

32. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

33.1 Acta Núm. [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]

34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federaliva [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

Atención: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

162



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FUERO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ (NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____)
 EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____
 _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: _____ CERTIFICADO No.: _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN No.: _____
 DONDE FALLECIO: _____
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGOS

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIGUEROA, GRO
OFICIALIA 01
DEL REGISTRO

INTERESADO

GUERRERO
MEXICO
ACTA DE DEFUNCION 10

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

163

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	
2. CURP [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO [Redacted] Gramos	7. TALLA [Redacted] Metros [Redacted] Centímetros
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos Para menores de un día: [Redacted] Horas Para menores de un mes: [Redacted] Días Para menores de un año: [Redacted] Meses Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos	9. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11. RESIDENCIA HABITUAL 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabaja <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Localidad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)	
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Código CIE [Redacted] b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionados en último lugar la causa básica b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Código CIE [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Código CIE [Redacted] d) [Redacted] Código CIE [Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo [Redacted] Código CIE [Redacted]	
22.1. Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada ni los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	22.2. ¿Las causas anotadas suplen complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22.3. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
23.1. ¿FUE UN PRESUNTO ACCIDENTE O VIOLENCIA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	23.2. ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.3. ¿Sabe dónde ocurrió la lesión? Área particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	23.4. ¿Cuál parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.5. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	23.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]
23.7. Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]	
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico <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"/>	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]	31. FIRMA [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]
33.1 Acta Núm. [Redacted]	

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

164



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] TESTIGO [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
[REDACTED]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

Lotes

GUERRERO
MEXICO

GRANDE

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA
8. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:		11. RESIDENCIA HABITUAL		
12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.1 Nombre de la unidad médica		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?		
24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
28. NOMBRE		29. TELÉFONO		
30. DOMICILIO		31. FIRMA		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA AZUL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES DEL FALLECIDO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DE LLENAR LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]			3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 9		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]		7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]		8. [REDACTED]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] 78 Se ignora <input type="radio"/> 9							
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]			10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 9				
11. [REDACTED]							
11.4 Municipio o delegación [REDACTED]			11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]				
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria incompleta <input type="radio"/> 02 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input checked="" type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10						13. ¿HA TRABAJADO? Trabajaba <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 9	
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]				

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08			15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]						
16. [REDACTED]			16.2 Colonia [REDACTED]		16.5 Entidad federativa [REDACTED]	
16.4 Municipio o delegación [REDACTED]			16.5 Entidad federativa [REDACTED]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 9		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade una o más causas 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) [REDACTED] b) [REDACTED] (consecuencia de) c) [REDACTED] (debido a (o como consecuencia de)) d) [REDACTED] (debido a (o como consecuencia de)) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. 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 [REDACTED] Código CIE [REDACTED]
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 El parto <input type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05			22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]						

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 9			23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]						
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]						
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED]						

DEL INF.

24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]			25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]			
--	--	--	--	--	--	--

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico (valiente) <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08					27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [REDACTED]	
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]			29. TELÉFONO [REDACTED]			
30. DOMICILIO [REDACTED]			31. FIRMA [REDACTED]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [REDACTED]	

DEL REG. CIVIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED]			34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED]			
33.1 Acta Núm. [REDACTED]			34.2 Municipio o delegación [REDACTED]		34.3 Entidad federativa [REDACTED]	
			34.4 Día [REDACTED]		34.5 Mes [REDACTED]	
			34.6 Año [REDACTED]			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

OFICIALIA

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EOAD: 96 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)
 (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
 NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS AMOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
 TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO
ACTA DE DEFUNCION
10

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
 FOLIO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. CURP [Redacted]

3. SEXO: Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 9

4. NACIONALIDAD: Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI 1, No 2, Se ignora 9

6. PESO: Kilogramos [Redacted], Gramos [Redacted]

7. TALLA: Metros [Redacted], Centímetros [Redacted]

8. FECHA DE NACIMIENTO: Día [Redacted], Mes [Redacted], Año [Redacted]

9. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora [Redacted], Para menores de un día [Redacted], Para menores de un mes [Redacted], Para menores de un año [Redacted], Para personas de un año o más [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL: En unión libre 4, Separado(a) 6, Divorciado(a) 3, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 9

11. RESIDENCIA PERMANENTE: Calle y número [Redacted], Colonia [Redacted], Municipio o delegación [Redacted], Localidad [Redacted], Entidad federativa o país [Redacted]

12. ESCOLARIDAD: Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Secundaria incompleta 4, Bachillerato o preparatoria incompleta 11, Profesional 7, Se ignora 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL: 13.1 Trabajaba SI 1, No 2, Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8, IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS Oportunidades 10, Se ignora 99

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad médica 9, IMSS Oportunidades 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8, Vía pública 10, Hogar 11, Otro lugar 12

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Calle y número [Redacted], Colonia [Redacted], Municipio o delegación [Redacted], Localidad [Redacted], Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día [Redacted], Mes [Redacted], Año [Redacted], Horas [Redacted], Minutos [Redacted]

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1, No 2, Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1, No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.

a) Debid(a) a (o como consecuencia de) [Redacted]

b) Debid(a) a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debid(a) a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) Debid(a) a (o como consecuencia de) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1, 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, El parto 2, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5, El puerperio 3

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0, Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1, Escuela u oficina pública 2, Área deportiva 3, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicios 5, Área industrial (taller, fábrica u obra) 8, Granja (rancho o parcela) 5, Otro 6, Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número [Redacted], 23.7.2 Colonia [Redacted], 23.7.3 Localidad [Redacted], 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted], 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

24. NOMBRE DEL INF.: [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

26. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1, Médico legista 2, Otro médico 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4, Autoridad civil 5, Otro 6

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

29. TELÉFONO: [Redacted]

30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

31. FIRMA DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [Redacted], Mes [Redacted], Año [Redacted]

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 33.1 Acta Núm. [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad [Redacted], 34.2 Municipio o delegación [Redacted], 34.3 Entidad federativa [Redacted], 34.4 Día [Redacted], Mes [Redacted], Año [Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP. ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAIP



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

170



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

_____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PAORE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____

B) _____

C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO: _____ FIRMAS: _____ TESTIGO: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
 LOS HACIEMOS TODOS
GUERRERO

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**

FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
	2. CURP _____		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____	
	7. TALLA Metros _____ Centímetros _____		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			
	9. 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"/> 99		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Vido(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99			
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____					
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10			13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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 type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99			14.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8			15.1 Nombre de la unidad médica _____		Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 99
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____			15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir, ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Uso exclusivo del personal codificador Código CIE _____						
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 homicidio <input type="radio"/> 2 suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 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 servicios <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9		
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____				
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____				
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____				
26. CERTIFICADA POR Médico (relatante) <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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____				
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____				
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____				



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ANOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO: _____ FIRMAS: _____
 TESTIGO: _____ DECLARANTE: _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
MEXICO
CIRREACION 110



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

173

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		
	2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _01_ Mujer <input checked="" type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _99_
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input checked="" type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _99_		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> _01_ Otra <input type="radio"/> _02_
	6. PESO [Redacted] Kilogramos [Redacted] Gramos		7. TALLA [Redacted] Metros [Redacted] Centímetros
	8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día [Redacted] Mes [Redacted] Año		
	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos Para menores de un día: [Redacted] Horas Para menores de un mes: [Redacted] Días Para menores de un año: [Redacted] Meses Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos		
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _04_ Separado(a) <input type="radio"/> _06_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _03_ Viudo(a) <input type="radio"/> _02_ Soltero(a) <input type="radio"/> _01_ Casado(a) <input type="radio"/> _05_ Se ignora <input type="radio"/> _99_
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [Redacted]		
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _01_ Primaria incompleta <input checked="" type="radio"/> _02_ Secundaria incompleta <input type="radio"/> _04_ Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> _11_ Profesional <input type="radio"/> _07_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ Prescolar <input type="radio"/> _12_ Primaria completa <input type="radio"/> _03_ Secundaria completa <input type="radio"/> _05_ Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> _06_ Posgrado <input type="radio"/> _10_		
	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _01_ No <input checked="" type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _99_		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _01_ ISSSTE <input type="radio"/> _03_ SEDENA <input type="radio"/> _05_ Seguro Popular <input type="radio"/> _07_ Otra <input type="radio"/> _08_ IMSS <input type="radio"/> _02_ PEMEX <input type="radio"/> _04_ SEMAR <input type="radio"/> _06_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_			
14.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _01_ IMSS <input type="radio"/> _03_ PEMEX <input type="radio"/> _05_ SEMAR <input type="radio"/> _07_ Unidad médica privada <input type="radio"/> _09_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _02_ ISSSTE <input type="radio"/> _04_ SEDENA <input type="radio"/> _06_ Otra unidad pública <input type="radio"/> _08_ 15.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted] 15.3 Entidad federativa: [Redacted]			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]			
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]			
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _99_			
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECESARIAMENTE LA AUTOPSIA? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _99_			
20. 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) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, al existir alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE-10: [Redacted]			
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _01_ (43 días a 11 meses después del parto o aborto) <input type="radio"/> _04_ El parto <input type="radio"/> _02_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _05_ El puerperio <input type="radio"/> _03_ 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> _01_ Homicidio <input type="radio"/> _02_ Suicidio <input type="radio"/> _03_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> _00_ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _01_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _02_ Área deportiva <input type="radio"/> _03_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _04_ Área comercial o de servicios <input type="radio"/> _05_ Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _06_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _07_ Otro <input type="radio"/> _08_ Se ignora <input type="radio"/> _99_ 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? [Redacted]			
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número: [Redacted] 23.7.2 Colonia: [Redacted] 23.7.3 Localidad: [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación: [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa: [Redacted]			
24. NOMBRE DEL INFANTE: [Redacted]			
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO: [Redacted]			
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> _01_ Médico legista <input type="radio"/> _02_ Otro médico <input checked="" type="radio"/> _03_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _04_ Autoridad civil <input type="radio"/> _05_ Otro <input type="radio"/> _08_ 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted] Número de la cédula profesional: [Redacted]			
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]			
29. TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]			
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]			
31. FIRMA DEL CERTIFICANTE: [Redacted]			
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted]			
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 34.1 Localidad: [Redacted]			

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI
REG. VIL

Motivación 1

Fracc. I
LFTAI

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

174



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

GUERRERO
NO. 10
CIERRE DE DEFUNCION

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SELLA DE LA OFICIALIA No. 01 DE LA INDEPENDENCIA, C.O.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE EMENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO [Redacted] Kilogramos [Redacted] Gramos		7. TALLA [Redacted] Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]		
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
13. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]		
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
23.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
23.4 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]		
23.7 Sólo en caso de accidente, ante el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted]		
23.7.4 Municipio o delegación [Redacted]		
23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted]		
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
29. TELÉFONO [Redacted]		
30. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE [Redacted]		
31. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]		

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

REG. CIVIL
 F. C. C.
 L. F. T. A. I. P.

Art. 113
 Fracc. I
 L. F. T. A. I. P.



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2015
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

76

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted]		
3. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]	7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
9. EDADE CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/>		
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL (Escriba el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Ciudad [Redacted] 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] 16.3 Ciudad [Redacted] 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NEGROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: para cardíaco, asfianá, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a [Redacted] c) Debido a [Redacted] d) Debido a [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 49 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos al fallecimiento <input type="radio"/>		
22. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (taller, rancho, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Españal, bodega, etc. <input type="radio"/> Área comercial de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [Redacted]		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Redacted]		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted] 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]		
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] 34.2 Municipio o delegación [Redacted] 34.3 Entidad federativa [Redacted] 34.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



177

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____

(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: GUTIERREZ

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		
2. CURP [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO Kilogramos Gramos	7. TALLA Metros Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa háctica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica, obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9
23.5 la defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión		
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa		
24. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]
26. CERTIFICADA POR Médico <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		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional
28. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]
30. DOMICILIO [Redacted]		31. FIRMA [Redacted]
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

Art. 10 del Reglamento del Registro Civil

1. CURP [Redacted]		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 99 Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		6. PESO Kilogramos [Redacted] Gramos [Redacted]		7. TALLA Metros [Redacted] Centímetros [Redacted]	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Dias [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 03		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 03			
11.1 Calle y número [Redacted]		11.2 Colonia [Redacted]		11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 02 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 04 Secundaria completa <input checked="" type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Profesional <input type="radio"/> 07 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input type="radio"/> 03 IMSS <input type="radio"/> 02 SEDENA <input type="radio"/> 05 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 07 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Otra <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09		14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra Unidad pública <input type="radio"/> 08		15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
16.1 Calle y número [Redacted]		16.2 Colonia [Redacted]		16.5 Entidad federativa [Redacted]	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		19. ¿SE PRACTICÓ NEGROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input type="radio"/> 02 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 El puerperio <input type="radio"/> 03		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]			
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Suicidio <input type="radio"/> 03 Homicidio <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [Redacted]		23.7.2 Colonia [Redacted]		23.7.3 Localidad [Redacted]	
23.7.4 Municipio o delegación [Redacted]		23.7.5 Entidad federativa [Redacted]			
24. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
26. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]			
28. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]		29. TELÉFONO [Redacted]			
30. DOMICILIO [Redacted]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted]		Fracc. I LFTAIP	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



181

OFFICIALIA, FECHA DE REGISTRO, LIBRO, ACTA No., LOCALIDAD, ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO, SEXO: HOMBRE, MUJER, NOMBRE, NOMBRE(S), (PRIMER APELLIDO), (SEGUNDO APELLIDO), FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, NACIONALIDAD: MEXICANA, LUGAR DE NACIMIENTO, DOMICILIO HABITUAL, ESTADO CIVIL, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE

FALLECIMIENTO, FECHA DE DEFUNCION, HORA, LUGAR, CERTIFICADO NO., DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION, CREMACION, UBICACION, ORDEN NO., DONDE FALLECIO, CAUSAS DE LA MUERTE, TIPO DE DEFUNCION, NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION, NO. DE CEDULA PROFESIONAL, DOMICILIO

DECLARANTE, NOMBRE, EDAD, NACIONALIDAD: MEXICANA, PARENTESCO, DOMICILIO, OCUPACION, TESTIGOS, NOMBRE, EDAD, NACIONALIDAD: MEXICANA, PARENTESCO, DOMICILIO, OCUPACION, NOMBRE, EDAD, NACIONALIDAD: MEXICANA, PARENTESCO, DOMICILIO, OCUPACION

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS, TESTIGO, DECLARANTE, TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
GRANDE

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]		7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]	
	8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/>		9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [REDACTED]			
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	11. RESIDENCIA HABITUAL (Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) Calle y número [REDACTED] Colonia [REDACTED] Municipio o delegación [REDACTED] Estado [REDACTED] País [REDACTED]					
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/>		
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]		
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>			15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]		
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]			16.3 Localidad [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]		
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]			18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
DE LA DEFUNCIÓN	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED]	
	a) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]				[REDACTED]	
	b) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]				[REDACTED]	
	c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]				[REDACTED]	
	d) [REDACTED]				[REDACTED]	
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [REDACTED]					
	22.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
	23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? [REDACTED]	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]					
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]						
23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]						
DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]			
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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"/>					
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]			
	30. DOMICILIO [REDACTED]		29. TELÉFONO [REDACTED]			
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	
	33.1 Acta Núm. [REDACTED]		34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]			
	33.1 Acta Núm. [REDACTED]					

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

183

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD (LOCALIDAD) MUNICIPIO (MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA (ENTIDAD FEDERATIVA) PAIS (PAIS) MEXICO
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS) MEXICO
ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
CERTIFICADO DE DEFUNCION.- ACTA DE NAC.- ACTA DE MAT.- IDENTIFICACIONES. CAP. BENP.

FIRMAS
TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HU
EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] SELLO DE LA OFICIALIA [REDACTED]

GUERRERO
Poblacion 10000

GUERRERO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

184



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ AÑOS ____ MESES ____ DIAS ____ HORAS NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: ____/____/____ HORA: ____:____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TITULAR

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL _____ FIRMA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
 OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GUERRERO
CARRERON

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
2. CURP _____		6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____		7. TALLA Metros _____ Centímetros _____	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora _____ Para menores de un día _____ Para menores de un mes _____ Para menores de un año _____ Para personas de un año o más _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(s) <input type="radio"/> Casado(s) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
11. RESIDENCIA 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federaliva o país (si residía en el extranjero) _____		12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria Incompleta <input checked="" type="radio"/> Secundaria Incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Segura Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federaliva _____		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto _____ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____			
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federaliva _____					
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
26. CERTIFICADA POR 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 checked="" type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____			
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____			
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 33.1 Acta Núm. _____		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federaliva _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

186



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: VIUDA

(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HOÑA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADÁVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



GUERRERO
MEXICO
CIRRENTONIO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
	Nombre(s)		Apellido paterno	Apellido materno
	2. CURP		3. SEXO	4. NACIONALIDAD
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO	7. TALLA
	9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL	
	11. RESIDENCIA HABITUAL			
	12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL	
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14.1 Número de seguridad social o afiliación	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
	22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
	23.1 Fue un presunto:		23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión			
	23.7.1 Calle y número		23.7.2 Colonia	23.7.3 Localidad
	23.7.4 Municipio o delegación		23.7.5 Entidad federativa	
	DEL INF.	24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
26. CERTIFICADA POR		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
DEL CERTIFICANTE	28. NOMBRE		29. TELÉFONO	
	30. DOMICILIO		31. FIRMA	
	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		34.1 Localidad	
DEL REG. CIVIL	33.1 Acta Núm.		34.2 Municipio o delegación	
	34.3 Entidad federativa		34.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

188



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ANOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: CASADA
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACER: O Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA _____



GUERRERO
NACIONALIDAD 1908

GLORIONILLO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		4. ENTIDAD _____ Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → Especifique _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	8. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/> 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input checked="" type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			
DEL REG. CIVIL			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



190



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD:	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. INTEGRAL 2. CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380500383050317.
OFICIO NUM.: 2923. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 5 DE MARZO DE 2017.

FIRMAS
TESTIGO TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



GUERRERO
NO NECESITA TAPAS
CHIRRELLIO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

19/ [Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

Art. 110
Frac. I y II
de la Ley Federal de Registro Civil

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]	
5. CURP [Redacted]	
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 [Redacted]
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]	
10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extra [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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	
13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9	
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimiento [Redacted]	
14.3 Tipo de atención [Redacted] 14.4 Lugar de atención [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN Añote un diagnóstico médico, los modos de morir, elementos pato-anatómicos, etc. Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: [Redacted]	
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo: [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN 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	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" 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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5	
22.4 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto [Redacted]	
22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]	
22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
23. NOMBRE [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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 *Especifique [Redacted]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE [Redacted]	
28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted]	



Motivación 1

Motivación 2

LFTAIP

192



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO [REDACTED]

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
P R E S E N T E.

2009
POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA
PERSONA DEL [REDACTED], QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]
DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]
RAL DE LA REPUBLICA Y
AL DE INDEPENDENCIA

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGINARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: EN EL INTERIOR [REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN [REDACTED]

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A
QUE HAYA LUGAR



A [REDACTED]
LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2
DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO.

UNIDAD
DISTRITO JUD. DE HIDALGO

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

193

ENTREGAR 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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

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 <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
		Se ignora <input type="radio"/> 99 Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación		9. ESTADO CONYUGAL	
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 Comp.	
						Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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							
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)							
10.1 Tipo de vitalidad		10.2 Nombre de la vitalidad					
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 delegación		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD				11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99				Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		[Redacted] <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD				13.1 Número de seguridad social o afiliación			
Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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 DEFUNCIÓN							
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7							
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9							
14.1 Nombre de la unidad médica				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN							
S/N							
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 delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
Día Mes Año Horas Minutos				Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) SUPERIORES (O)							
b) Debido a (o como consecuencia de)							
c) Debido a (o como consecuencia de)							
d) 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 morbosos que la produjo							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3				Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE				22.3 Sitio donde ocurrió la lesión			
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9				Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?				22.4 Anote la relación que tenía el presunto fallecido con el(los) autor(es) y/o víctima(s)			
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9				Área industrial (taller, fábrica u obrador) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Ciudad <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9			
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 y/o suicidio.			
[Redacted]				[Redacted]			
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				22.8 Nombre del asentamiento humano			
S/N				[Redacted]			
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 delegación		10 Entidad federativa	
23. NOMBRE				24. PADRES			
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			
25. CERTIFICADA POR				26. SI EL CERTIFICANTE ES			
Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico* <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil* <input type="radio"/> 5 Otro* <input type="radio"/> 6 *Especifique				Profesional <input type="radio"/> 1 No profesional <input type="radio"/> 2			
27. NOMBRE				28. 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			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
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 delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
Motivación 1				32.1 Lugar 32.2 Fecha			



Art. 110 Fracc. VII LFTAI
 U. 111 Motivación 1

M on 2



194

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN: [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO
PRESENTE.

POR ESTE CONDUCTO NOTIFICO A USTED, DEL FALLECIMIENTO DE LA
PERSONA DEL [REDACTED] QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]
[REDACTED] DE QUIEN INFORMO LO SIGUIENTE:

NOMBRE: [REDACTED]

EDAD: [REDACTED]

OCUPACIÓN: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

PADRES: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA.

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

ORIGIMARIO: [REDACTED]

INSTRUCCIÓN: [REDACTED]

LUGAR DEL DECESO: [REDACTED] JARAMILLO,
[REDACTED]

FECHA DEL DECESO: [REDACTED]

CAUSA DE MUERTE: [REDACTED]

MÉDICO QUE DICTAMINÓ: [REDACTED]

LUGAR DE INHUMACIÓN: [REDACTED]

LO QUE COMUNICO A USTED, PARA LOS EFECTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A
QUE HAYA LUGAR.



ATENTAMENTE

LA AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO INTEGRAL 2
DEL DISTRITO JUDICIAL DE HIDALGO

ZONA [REDACTED]
DISTRITO JUD. DE HIDALGO
UNIDAD

ANTEO

195

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION

CRIP: [REDACTED] CURP: [REDACTED]

OFICINA: [REDACTED] LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: DA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO [REDACTED]

MUNICIPIO O DELEGACION: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO SEXO: MASCULINO FEMENINO

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE (S) [REDACTED] PRIMERAPELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

ESTADO CIVIL: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] Año(s) - Mes(es) - Día(s) - Hr. - Min (AÑOS, MESES, DIAS, HORAS, MINUTOS)

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

DOMICILIO: [REDACTED] NOMBRE DE LA CALLE, No. INTERIOR, No. EXTERIOR Y COLONIA

[REDACTED] LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED] CERTIFICADO No.: [REDACTED]

LUGAR FALLECIMIENTO: [REDACTED] LUGAR

[REDACTED] LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION: CREMACION: ORDEN INHUMACION No.: [REDACTED]

DATOS DEL PANTEON: CORRESPONDIENTE PANTEON [REDACTED]

AV. DEL PANTEON [REDACTED] UBICACION, MUNICIPIO O DELEGACION, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

MEDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] CED. PROF.: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS:

NOMBRE (TESTIGO1): [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE (TESTIGO2): [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO 2: [REDACTED]

NOMBRE Y FIRMA DEL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL: [REDACTED]

ESTADO DE VERACRUZ
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE ECONOMIA
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
SECRETARIA DE ENERGIA
SECRETARIA DE FOMENTO ECONOMICO FEDERAL
SECRETARIA DE GOBIERNO FEDERAL
SECRETARIA DE INTERIORES
SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL
SECRETARIA DE MEDIO AMBIENTE Y CLIMA
SECRETARIA DE NEGOCIOS EXTERIROS
SECRETARIA DE PLANEACION ECONOMICA
SECRETARIA DE PROTECCION CIVIL
SECRETARIA DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL
SECRETARIA DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES
SECRETARIA DE TURISMO
SECRETARIA DE VIVIENDA Y OBRAS PUBLICAS
SECRETARIA DE DEFENSA NACIONAL
SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO, RURAL Y PESQUERO
SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO LOCAL
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
SECRETARIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y CREDITO EXTERNO
SECRETARIA DE PROMOCION ECONOMICA
SECRETARIA DE PROMOCION SOCIAL
SECRETARIA DE TURISMO Y CULTURA
SECRETARIA DE VIVIENDA Y OBRAS PUBLICAS

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFIRME CON SU CONTENIDO LA RATIFIQUE Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVIENEN Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO, IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL, CON FE

Primo: 50.00

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2018
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

196

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

ALEJANDRA

ROMAN

BAUTISTA

2. CURP

[Redacted]

3. SEXO

Hombre 1

Mujer 2

Se ignora 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana 1

Otra 2

Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 1

No 2

Se ignora 9

6. PESO

[Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA

[Redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

[Redacted] Día Mes Año

9. 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 712 Se ignora 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 4 Separado(a) 5 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

12. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba Sí 1 No 2 Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

[Redacted]

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 4 SEMAR 7 Unidad médica privada 9 IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 5 Otra unidad pública 8 15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (ClUES) 15.3 Localidad 15.4 Colonia 15.5 Entidad federativa 15.6 Vía pública 10 Otro lugar 12 Hogar 11 Se ignora 99

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

[Redacted] Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí 1 No 2 Se ignora 9

19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?

Sí 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

[Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Sí 1 No 2

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Sí 1 No 2

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Sí 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?

[Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:

[Redacted]

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión

[Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión

23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.

24. NOMBRE [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

[Redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico (tratante) 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

[Redacted] Número de la cédula profesional

28. NOMBRE [Redacted]

29. TELÉFONO [Redacted]

30. DOMICILIO [Redacted]

31. FIRM [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN

[Redacted] Día Mes Año

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EMITIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

197



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO

[REDACTED] DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL

DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

2015-2018

GUERRERO

CHILPANCIÑO



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

198

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

2. CURP [Redacted] Se ignora 99

3. SEXO Hombre Muje Se ignora 9

4. NACIONALIDAD Mexicana Otra 2 Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI 1 No 2 Se ignora 9

6. PESO [Redacted] Kilogramos Gramos

7. TALLA [Redacted] Metros Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

9. 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 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 4 Separado(a) 6 Divorciado(a) 3 Viudo(a) 2 Soltero(a) 1 Casado(a) 5 Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL (Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a))
 11.1 Calle y número [Redacted] 11.2 Colonia [Redacted] 11.3 Localidad [Redacted]
 11.4 Municipio o delegación [Redacted] 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

12. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 11 Profesional 7 Se ignora 99
 Preescolar 12 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 6 Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora 99
 13.1 Trabajaba SI 1 No 2 Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8
 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica 9
 IMSS Oportunidades 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8
 15.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]
 15.3 Vía pública 10 Otro lugar 11 Hogar 11 Se ignora 9

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
 16.1 Calle y número [Redacted] 16.2 Colonia [Redacted] Localidad [Redacted]
 16.4 Municipio o delegación [Redacted] 16.5 Entidad federativa [Redacted]

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI 1 No 2 Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI 1 No 2

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debid(a) (o como consecuencia de) [Redacted]
 b) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
 c) Debid(a) (b como consecuencia de) [Redacted]
 d) AL DE INVESTIGACIÓN [Redacted]
 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2
 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 23.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9
 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2
 Área deportiva 3 Calle o carretera (vía pública) 4 Área comercial o de servicios 5
 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Redacted]

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]
 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [Redacted]

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión
 23.7.1 Calle y número [Redacted] 23.7.2 Colonia [Redacted] 23.7.3 Localidad [Redacted]
 23.7.4 Municipio o delegación [Redacted] 23.7.5 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

24. NOMBRE [Redacted] Apellido paterno [Redacted] Apellido materno [Redacted]

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

26. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

28. NOMBRE [Redacted]

29. TELÉFONO [Redacted]

30. DOMICILIO [Redacted]

31. FIRMA [Redacted]

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año

Art. 110 del Reglamento de la Ley de Registro Civil

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA Oficina Oficial o Juzgado [Redacted]

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Redacted] Fracc. I LFTAP [Redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



199

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]
LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]
MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO
NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]
[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 37
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA: [REDACTED]
AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL IGUALA DE LA INDEPENDENCIA No. 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2017

GUERRERO
MEXICO
GARRIBAYO

200

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO
 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

3. SEXO
 Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
 Entidad federal (iva o país (si nació en el extranjero)) [Redacted]

5. CURP
 [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
 Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD
 Mexicana Otra Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos [Redacted]
 Para menores de un día: Horas [Redacted]
 Para menores de un mes: Días [Redacted]
 Para menores de un año: Meses [Redacted]
 Para personas de un año o más: Años cumplidos [6] [9] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]
 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL
 En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL
 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
 [Redacted] de vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD
 Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es:
 Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL
 12.1 Trabajaba: Sí No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 [Redacted] de vialidad [Redacted] Nombre de la vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
 Sí No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?
 Sí No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]
 b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]
 c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]
 d) [Redacted]
 Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.
 PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.
 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo El parto El puerperio No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 Sí 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?
 Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión
 Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Área deportiva Calle o carretera (via pública) Área comercial o de servicio Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)
 [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]
 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]
 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE
 Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
 [Redacted]

25. CERTIFICADA POR
 Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
 Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE
 Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRMA
 [Redacted]

29. DOMICILIO y TELÉFONO
 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]
 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN
 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO:
 Pracc. V, VII LFTAIP

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 32.1 Localidad [Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



201

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

HOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECL [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

[REDACTED] FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2016

GUERRERO
NACIONALIDAD: TODOS
GRABACION 10

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote 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 delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.2 Ocupación habitual _____		12.3 Número de seguridad social o afiliación _____		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____		19.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		19.3 Código CIE _____		19.4 Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa tóxica b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____	
19.5 Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Codigo CIE _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 12 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de una actividad? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		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 Anote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legislista <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 Número de cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____		29.2 Nombre de la vivienda _____	
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 delegación _____		29.10 Entidad federativa _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____	
32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		32.5 Municipio o delegación _____		32.6 Entidad federativa _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

COMISIÓN EJECUTIVA DE REGISTRO DE POBLACION



203

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): [REDACTED] PRIMER APELLIDO: [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO): [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



GUERRERO
MICHOCAN
TODOS
GR DEFUNCION

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO



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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. IL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [REDACTED]	
5. CURP [REDACTED]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique [REDACTED]
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad [REDACTED] 10.2 Nombre de la vialidad [REDACTED] 10.3 Núm. Exterior [REDACTED] 10.4 Núm. Interior [REDACTED] 10.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 10.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 10.7 Código Postal [REDACTED] 10.8 Localidad [REDACTED] 10.9 Municipio o delegación [REDACTED] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [REDACTED]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad [REDACTED] 15.2 Nombre de la vialidad [REDACTED] 15.3 Núm. Exterior [REDACTED] 15.4 Núm. Interior [REDACTED] 15.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 15.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 15.7 Código Postal [REDACTED] 15.8 Localidad [REDACTED] 15.9 Municipio o delegación [REDACTED] 15.10 Entidad federativa [REDACTED]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) [REDACTED] Debida (o como consecuencia de) [REDACTED] b) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] c) [REDACTED] Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) [REDACTED] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica [REDACTED] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [REDACTED]	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [REDACTED]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vialidad [REDACTED] 22.7.3 Núm. Exterior [REDACTED] 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 22.7.7 Código Postal [REDACTED] 22.7.8 Localidad [REDACTED] 22.7.9 Municipio o delegación [REDACTED] 22.7.10 Entidad federativa [REDACTED]	
23. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otra médica* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique [REDACTED]	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula [REDACTED]	
27. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]	
28. FIRMA [REDACTED]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [REDACTED] 29.2 Nombre de la vialidad [REDACTED] 29.3 Núm. Exterior [REDACTED] 29.4 Núm. Interior [REDACTED] 29.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 29.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 29.7 Código Postal [REDACTED] 29.8 Localidad [REDACTED] 29.9 Municipio o delegación [REDACTED] 29.10 Entidad federativa [REDACTED] 29.11 Teléfono [REDACTED]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [REDACTED]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [REDACTED] Fecha [REDACTED]	

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

205



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	
LUBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL _____ FIRMA

SELO DE LA OFICIALIA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA
L. C. GUERRERO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____ 10.10 Entidad federaliva o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUIES) _____ Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federaliva _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federaliva _____	
DEL INF. 23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federaliva _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Num. _____ 31.1 Acta Num. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federaliva _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

207



JURISDICCION	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	FINADO	

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

DECLARANTE TESTIGO

CONFIRMA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL _____ FIRMA _____



GUERRERO
MEXICO
CARRERA 10

SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLEGAR LAS LAS INVESTIGACIONES DEL FALLECIDO

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VICENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

2. CURP _____

3. SEXO Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si No Se ignora

6. PESO Kilogramos _____ Gramos _____

7. TALLA Metros _____ Centímetros _____

8. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____

9. 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

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____

10. ESTADO CONYUGAL En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Casado(a) Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____
11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____

12. ESCOLARIDAD
Ninguna Primaria incompleta Secundaria incompleta Bachillerato o preparatoria incompleta Profesional Se ignora 99
Preescolar Primaria completa Secundaria completa Bachillerato o preparatoria completa Posgrado

13. OCUPACIÓN HABITUAL
13.1 Trabajaba Si No Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra 8
IMSS PEMEX SEMAR IMSS Oportunidades Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación _____

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN
Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica privada 9
IMSS Oportunidades ISSSTE SEDENA Otra unidad pública 8
15.1 Nombre de la unidad médica _____
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
Via pública Otro lugar 10
Hogar Se ignora 9

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____
16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si No Se ignora

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si No

DE LA DEFUNCIÓN

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una o más causas 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) _____
Debido a (o como consecuencia de) _____

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) _____
Debido a (o como consecuencia de) _____

c) _____
Debido a (o como consecuencia de) _____

d) _____

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
El embarazo El parto El puerperio 3
43 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si No

22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora 9

23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si No Se ignora 9

23.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
Vivienda particular Área deportiva Área industrial (taller, fábrica u otra) 6
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Granja (rancho o parcela) 7
Escuela u oficina pública Área comercial o de servicios Otro 8
Se ignora 9

23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____

23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____

23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión:
23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____
23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____

26. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro 8

27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____

28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

29. TELÉFONO Número de la cédula profesional _____

30. DOMICILIO _____

31. FIRMA _____

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL CERTIFICANTE

REG. VIL

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO _____

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO _____

LFTAIP



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



209

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) _____
B) B) _____
C) C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
MAYOR AYUNTAMIENTO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/>	
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"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 10.10 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la Unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: _____ 15.2 Nombre de la vialidad: _____ 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 delegación _____ 15.10 Entidad federal o país _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? 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, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ 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 morbosos que la produjo	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federal o país _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 Especifique _____ Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federal o país _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Num. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federal o país _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ADMI

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido _____		
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 delegación _____
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar _____ Se ignora <input type="checkbox"/>
12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		
14.1 Nombre de la unidad médica _____		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 delegación _____
15.10 Entidad federativa o país _____		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite utilizar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (edificio, apartamento, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial de tránsito <input type="checkbox"/> Granja (ranchos o parcelas) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo 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 delegación _____		22.7.10 Entidad federativa _____
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA Número de la cédula profesional _____
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____		
29.2 Nombre de la vivienda _____		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 delegación _____
29.10 Entidad federativa o país _____		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL



ACTA DE DEFUNCION

272

ENTIDAD	DELEGACION	JUZGADO	ACTA	AÑO	CLASE	FECHA DE REGISTRO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

FINADO

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED] Género [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento [REDACTED] Ocupación [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]
 Estado Civil [REDACTED] Nacionalidad MEXICANA
 Nombre del Padre [REDACTED]
 Nombre de la Madre [REDACTED]

FALLECIMIENTO

El Cuerpo Será INHUMADO Orden No. [REDACTED]
 En el [REDACTED]
 Ubicado en [REDACTED]
 Fecha de la Defunción [REDACTED] Hora Defunción [REDACTED]
 Lugar de la Defunción [REDACTED]
 Causa(s) de la Muerte [REDACTED]
 Médico que Certifica [REDACTED] Cédula Profesional [REDACTED]
 Domicilio del Médico [REDACTED]

DECLARANTE

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED]
 Parentesco con el Finado [REDACTED]
 Nacionalidad [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]

ANOTACIONES:

[REDACTED]

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y lo firman y no imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fe EL JUEZ 18 DEL REGISTRO CIVIL

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

CERTIFICO que la presente copia fotostática VÁLIDA ÚNICAMENTE PARA TRASLADO, concuerda fielmente con su original que se reproduce y que obra en los archivos del Juzgado del Registro Civil en la Delegación [REDACTED] a mi cargo. Ciudad de México, Distrito Federal, a [REDACTED] de [REDACTED] de 2017.

DIRECCION GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

JUZGADO 18°

PAGO: Juez 18° del Registro Civil del Distrito Federal

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

213

SE INSCRIBIÓ EL CERTIFICADO EN LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO DE AGUIRRE, EN EL REGISTRO DE DEFUNCIÓN EN EL AÑO DE 2014

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO CON LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [REDACTED]
5. CURP [REDACTED]	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/>	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (n) [REDACTED] 10.1 Tipo de vivienda [REDACTED] 10.2 Número de la vivienda [REDACTED] 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior [REDACTED] 10.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 10.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 10.7 Código Postal [REDACTED] 10.8 Localidad [REDACTED] 10.9 Municipio o delegación [REDACTED] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [REDACTED]
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	11.1 La escolaridad seleccionada es: Completada <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED] IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [REDACTED]
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior 15.2 Núm. Interior [REDACTED] 15.3 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 15.4 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 15.5 Código Postal [REDACTED] 15.6 Localidad [REDACTED] 15.7 Municipio o delegación [REDACTED] 15.8 Entidad federativa [REDACTED]	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año [REDACTED] Horas Minutos [REDACTED]	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [REDACTED]		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con (la) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.5 Describa brevemente la situación, circunstancias o causas que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED]		22.6 Anote la relación que tenía el presunto agresor con (la) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED] 22.7.1 Tipo de vivienda [REDACTED] 22.7.2 Nombre de la vivienda [REDACTED] 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior [REDACTED] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 22.7.7 Código Postal [REDACTED] 22.7.8 Localidad [REDACTED] 22.7.9 Municipio o delegación [REDACTED] 22.7.10 Entidad federativa [REDACTED]		22.8 Anote la relación que tenía el presunto agresor con (la) fallecido(s) Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula [REDACTED]
27. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]		28. FIRMA [REDACTED]
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda [REDACTED] 29.2 Nombre de la vivienda [REDACTED] 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior [REDACTED] 29.5 Tipo de asentamiento humano [REDACTED] 29.6 Nombre del asentamiento humano [REDACTED] 29.7 Código Postal [REDACTED] 29.8 Localidad [REDACTED] 29.9 Municipio o delegación [REDACTED] 29.10 Entidad federativa [REDACTED] 29.11 Teléfono [REDACTED]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [REDACTED]
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED] 31.1 Acta Núm. [REDACTED]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [REDACTED] 32.2 Municipio o delegación [REDACTED] 32.3 Entidad federativa [REDACTED] 32.4 Día Mes Año [REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ACTA DE DEFUNCION
REGISTRO CIVIL

214



CRIP: _____
CURP: _____

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	FOJA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO DIA MES AÑO
MUNICIPIO			ENTIDAD FEDERATIVA		
DATOS DEL FINADO					
				SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO <input type="checkbox"/>
(NOMBRE(S))		(PRIMER APELLIDO)		(SEGUNDO APELLIDO)	
EDO CIVIL	NACIONALIDAD	EDAD	FECHA NAC (DIA MES AÑO)		
DOMICILIO: Calle. N. Int. N. Ext. Col. _____					
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD)	MEXICO (PAIS)		
LUGAR DE NACIMIENTO: _____					
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD)	MEXICO (PAIS)		
NOMBRE DEL CONYUGE: _____					
NOMBRE DEL PADRE: _____					
NOMBRE DE LA MADRE: _____					
FECHA DE DEFUNCION: _____ FALLECIMIENTO					
DIA MES AÑO				HORA	
LUGAR: _____					
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD)	(PAIS)	CERTIFICADO No. _____	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____ MUNICIPAL					
UBICACION: _____ ORDEN No. _____					
DONDE FALLECIO: _____					
CAUSA(S) DE LA MUERTE: _____					
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL					
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____					
No. DE CEDULA PROFESIONAL: _____					
DOMICILIO: _____					
DECLARANTE					
NOMBRE: _____				EDAD: _____ AÑOS	
NACIONALIDAD: MEXICANA				PARENTESCO: _____	
DOMICILIO: _____				OCUPACION: _____	
TESTIGOS					
NOMBRE: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA		EDAD: _____ AÑOS	
DOMICILIO: _____		PARENTESCO: _____		OCUPACION: _____	
OCUPACION: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA		EDAD: _____ AÑOS	
NOMBRE: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA		EDAD: _____ AÑOS	
DOMICILIO: _____		PARENTESCO: _____		OCUPACION: _____	
OCUPACION: _____		NACIONALIDAD: MEXICANA		EDAD: _____ AÑOS	

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO



SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIEN INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES A SU HUELLA DIGITAL, DOY FE

El C. Oficial No. 01 del Registro Civil

Nombre

Firma

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 <u>0916</u> Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.2 Ocupación _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Núm. Exterior _____ 14.4 Núm. Interior _____ 14.5 Tipo de asentamiento humano _____ 14.6 Nombre del asentamiento humano _____ 14.7 Código Postal _____ 14.8 Localidad _____ 14.9 Municipio o delegación _____ 14.10 Entidad federativa _____	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORAS DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva (taller, fábrica u otra) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(s) _____ 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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ 31.5 Mes _____ 31.6 Año _____	

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Art. 110

Art. 113

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGAR EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (FOSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO SE ENTREGA A LA 1ª COPIA (FOSA) PARA ENTREGARLA AL NIEG, LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99		4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 92 Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. CURP [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	
7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]		8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]			
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Para personas de un año o más: Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99			
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [REDACTED]					
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input checked="" type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10		13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]			
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8		15.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]		15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]	
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [REDACTED] Código CIE [REDACTED]			
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] b) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] d) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo [REDACTED]					
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 Homicidio <input type="radio"/> 2		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2	
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED]		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]		26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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 Número de la cédula profesional [REDACTED]			
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [REDACTED]		28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]			
29. TELÉFONO [REDACTED]		30. DOMICILIO Calle y número [REDACTED] 30.1 Localidad [REDACTED] 30.2 Municipio o delegación [REDACTED] 30.3 Entidad federativa [REDACTED]			
31. FIRMA [REDACTED]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]			
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED]		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]			
33.1 Acte Núm. [REDACTED]		34.5 Entidad federativa [REDACTED] 34.6 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]			

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI
ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Motivación 1 Fracc. I LFTAI Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

218



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR - INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] FALLECIMIENTO

LUGAR: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] MUNICIPAL

ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED]

DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED] FIRMA

AYUNTAMIENTO
SELO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCION
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
SECRETARIA DE SALUD

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Número(s)

Primer Apellido

Segundo apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

3. SEXO

Home 1 Mujer 2 Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federal o país (si nació en el extranjero)

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Si 1 No 2 Se ignora 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana 1 Otra 2 Se ignora 9

5. CURP

Se ignora 99

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

Años cumplidos

Se ignora 9

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento

8.2 Semanas de gestación

9. ESTADO CONYUGAL

Separado(a) 6

Viuvo(a) 2

Casado(a) 5

En unión libre 4

Divorciado(a) 3

Soltero(a) 1

Se ignora 9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vivienda

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

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1

Preescolar 12

Primaria 3

Secundaria 5

11.1 La escolaridad seleccionada es:

Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba

Si 1 No 2

Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEDENA 5

Seguro Popular 7

Otra 8

13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS 3

PEMEX 5

SEMAR 7

Unidad médica pública

Otra unidad pública 8

Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10

Otro lugar 12

Hogar 11

Se ignora 99

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

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

Día Mes Año

Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Si 1 No 2

Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Si 1 No 2

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de)

c) 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 morboso que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Código CIE

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

Si 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

Si 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

Si 1 No 2

Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Escuela u oficina pública 2

Área deportiva 3

Calle o carretera (vía pública) 4

Área comercial o de servicio 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

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 Anote 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 delegación

22.7.10 Entidad federal

23. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR

Médico tratante 1

Médico legista 2

Otro médico* 3

Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4

Autoridad civil* 5

Otro* 8

Especifique

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO

Número de la cédula profesional

27. NOMBRE

Nombre(s)

Primer Apellido

28. FIRMA

29. DOMICILIO Y TELÉFONO

29.1 Tipo de vivienda

29.2 Nombre de la vivienda

29.3 Núm. Exterior

29.4 Núm. Interior

29.5 Tipo de asentamiento humano

29.6 Código Postal

29.7 Localidad

29.8 Municipio o delegación

29.9 Entidad federal

29.10 Teléfono

29.11 Teléfono

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

Núm. 1

Libro Núm. 2

31.1 Acta Núm. 3

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

32.1 Localidad

32.2 Municipio o delegación

32.3 Entidad federal

32.4 Día

32.5 Mes

32.6 Año

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

Art. 110

Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Art. 113

Fracc. I LFTAIP

Motivación 2

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA AL MINISTERIO PÚBLICO DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

220



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO
 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

3. SEXO
 Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]

5. CURP
 [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
 SI No Se ignora

7. NACIONALIDAD
 Mexicana Otra Especifica: [Redacted]

8. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos [Redacted]
 Para menores de un día: Horas [Redacted]
 Para menores de un mes: Días [Redacted]
 Para menores de un año: Meses [Redacted]
 Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL
 En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a)
 Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL
 Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a)
 10.1 Tipo de vivienda [Redacted]
 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]
 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted]
 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD
 Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Superior Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora Completa Incompleta
 11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted]

12. OCUPACIÓN HABITUAL
 12.1 Trabajos [Redacted]

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora
 13.1 Número de seguridad social (si aplica) [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada
 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]
 14.3 Nombre de la vivienda [Redacted] 14.4 Nombre del establecimiento humano [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 15.1 Núm. Exterior [Redacted] 15.2 Núm. Interior [Redacted]
 15.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.4 Nombre de la vivienda [Redacted]
 15.5 Código Postal [Redacted] 15.6 Localidad [Redacted] 15.7 Municipio o delegación [Redacted] 15.8 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN
 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?
 SI No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ RECUPERACIÓN?
 SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco - anemia, etc.)
 PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que precedió la muerte (directa o indirecta)
 a) [Redacted] (o como consecuencia de) [Redacted]
 b) [Redacted] (o como consecuencia de) [Redacted]
 c) [Redacted] (o como consecuencia de) [Redacted]
 d) [Redacted] (o como consecuencia de) [Redacted]
 PARTE II: Causas intercurrentes (Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica)

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo El parto El puerperio 13 días a 11 meses después del parto o aborto No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte

22. SI LA MUJER 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 Descripción brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]
 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]
 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE DEL INFANTE
 Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)
 [Redacted]

25. CERTIFICADA POR
 Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro*

26. SI EL CERTIFICANTE ES
 [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE
 Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE
 28.1 Tipo de vivienda [Redacted] 28.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 28.3 Núm. Exterior [Redacted] 28.4 Núm. Interior [Redacted]
 28.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 28.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 28.7 Código Postal [Redacted] 28.8 Localidad [Redacted] 28.9 Municipio o delegación [Redacted] 28.10 Entidad federativa [Redacted] 28.11 Teléfono [Redacted]

29. FECHA DE CERTIFICACIÓN
 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 30.1 Localidad [Redacted] 30.2 Fecha de registro [Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

170200626

Motivación 1

Motivación 2

Panteones

Abn



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

ONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

FIRMAS: [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA



GUERRERO

GUERRERO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LÉA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016
FOLIO 23

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. SI EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL INEGI

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]	
	2. CURP [REDACTED]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 99 Mujer <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99
	4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 99	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03
	6. PESO Kilogramos [REDACTED] Gramos [REDACTED]	7. TALLA Metros [REDACTED] Centímetros [REDACTED]
	8. FECHA DE NACIMIENTO Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]	9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [REDACTED] Para menores de un día: Horas [REDACTED] Para menores de un mes: Días [REDACTED] Para menores de un año: Meses [REDACTED] Años cumplidos [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99
	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 06 Divorciado(a) <input type="radio"/> 03 Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> 01 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Casado(a) <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 99	11. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número [REDACTED] 11.2 Colonia [REDACTED] 11.3 Localidad [REDACTED] 11.4 Municipio o delegación [REDACTED] 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [REDACTED]
	12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Primaria Incompleta <input checked="" type="radio"/> 02 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 04 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 07 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 03 Secundaria completa <input type="radio"/> 05 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 06 Posgrado <input type="radio"/> 10	13. OCUPACIÓN HABITUAL [REDACTED] Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 ISSSTE <input checked="" type="radio"/> 03 SEDENA <input type="radio"/> 05 Seguro Popular <input type="radio"/> 07 Otra <input type="radio"/> 08 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	14.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 07 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06 Otra unidad pública <input type="radio"/> 08 15.1 Nombre de la Unidad médica [REDACTED] 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [REDACTED] Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número [REDACTED] 16.2 Colonia [REDACTED] 16.3 Localidad [REDACTED] 16.4 Municipio o delegación [REDACTED] 16.5 Entidad federativa [REDACTED]
	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED] Horas [REDACTED] Minutos [REDACTED]	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] Código CIE [REDACTED]	
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) [REDACTED] b) [REDACTED] c) [REDACTED] d) [REDACTED] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04 El parto <input checked="" type="radio"/> 02 El puerperio <input type="radio"/> 03 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 01 Suicidio <input type="radio"/> 03 Homicidio <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 01 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 02 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 04 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 05 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se ignora <input type="radio"/> 09 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [REDACTED] 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED] 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión [REDACTED] 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número [REDACTED] 23.7.2 Colonia [REDACTED] 23.7.3 Localidad [REDACTED] 23.7.4 Municipio o delegación [REDACTED] 23.7.5 Entidad federativa [REDACTED]		
24. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [REDACTED]		
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <input type="radio"/> 02 Otro médico <input checked="" type="radio"/> 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04 Autoridad civil <input type="radio"/> 05 Otro <input type="radio"/> 08		
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [REDACTED]		
28. NOMBRE Nombre(s) [REDACTED] Apellido paterno [REDACTED] Apellido materno [REDACTED]		
29. TELÉFONO [REDACTED]		
30. DOMICILIO [REDACTED]		
31. FIRMA [REDACTED]		
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [REDACTED] Libro Núm. [REDACTED]		
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [REDACTED] 34.2 Municipio o delegación [REDACTED] 34.3 Entidad federativa [REDACTED] 34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]		

Art. 110

33.1 Acta Núm. [REDACTED]

Fracc. V, VII

LFTAI

Art. 113

34.4 Día [REDACTED] Mes [REDACTED] Año [REDACTED]

Motivación 1

Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR SEMANALMENTE ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL, SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

Table with columns: OFICIALÍA, LIBRO, ACTA, CRIP, CURP, FECHA DE REGISTRO. Includes fields for LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD FEDERATIVA.

DATOS DEL FINADO

Form fields for deceased: NOMBRE (NOMBRE(S), PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), SEXO (MASCULINO, FEMENINO), CASADO CIVIL, NACIONALIDAD (MEXICANA), EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO (LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, PAIS), NOMBRE DEL CÓNYUGE, NACIONALIDAD (MEXICANA), NOMBRE DEL PADRE (NOMBRE(S), PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), NACIONALIDAD (MEXICANA), CURP, NOMBRE DE LA MADRE (NOMBRE(S), PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO), NACIONALIDAD, CURP.

DATOS DEL FALLECIMIENTO

Form fields for death: FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN, LUGAR, No. DE CERTIFICADO, DESTINO DEL CADÁVER (INHUMACIÓN, CREMACIÓN), NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO, LUGAR DEL FALLECIMIENTO, CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN, NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN, No. DE CÉDULA PROFESIONAL.

DATOS DEL COMPARECIENTE

Form fields for witness: NOMBRE, PARENTESCO, NACIONALIDAD (MEXICANA), EDAD.

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL REGISTRO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN ... DÍAS DEL MES DE ... DEL ... DOY FE...

COTEJO: MABK

NOMBRE Y FIRMA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO
NO NECESITA TODOS
CHERINGTON

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda: [Redacted] 10.3 Núm. Exterior: [Redacted] 10.4 Núm. Interior: [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 10.7 Código Postal: [Redacted] 10.8 Localidad: [Redacted] 10.9 Municipio o delegación: [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HUMANITARIA 12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] 14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior: [Redacted] 15.2 Núm. Interior: [Redacted] 15.3 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 15.4 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 15.5 Código Postal: [Redacted] 15.6 Localidad: [Redacted] 15.7 Municipio o delegación: [Redacted] 15.8 Entidad federativa: [Redacted]		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbidos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbido que la produjo: [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: [Redacted] Código CIE: [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidental <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda: [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior: [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior: [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 22.7.7 Código Postal: [Redacted] 22.7.8 Localidad: [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación: [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa: [Redacted]		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LOS) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Especifique: [Redacted] Número de la cédula profesional: [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE: [Redacted]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: 29.1 Tipo de vivienda: [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda: [Redacted] 29.3 Núm. Exterior: [Redacted] 29.4 Núm. Interior: [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 29.7 Código Postal: [Redacted] 29.8 Localidad: [Redacted] 29.9 Municipio o delegación: [Redacted] 29.10 Entidad federativa: [Redacted] 29.11 Teléfono: [Redacted]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]	
33.1 Área Núm. [Redacted]		33.2 Municipio o delegación: [Redacted] 33.3 Entidad federativa: [Redacted] 33.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

11/11/18

Abos/



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER CASTRO

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA



GUERRERO
 COAHUILA DE ZARAGOZA
CIERRE NO. 10

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____	
5. CURP _____	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
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 _____ 51 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Vuelto(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bechillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input checked="" type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Dirección de la unidad _____ 14.4 Ubicación de la unidad _____	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. 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: _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas se relacionan con el embarazo, parto o puerperio? <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agror con al(ta) fallecido(a): Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 0 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOM. DEL INF. _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 8 *Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ 27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 31.1 Acta Núm. _____ 31.2 Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Pam



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



200

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] (PAIS) MEXICO

ESTADO CIVIL: VIUDA

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS/ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTE REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUJELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

[REDACTED] FIRMA



GUERRERO
NOVIEMBRE 2008
CHAPULTEPEC

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____					
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 10.2 Semanas de gestación: _____ 10.3 Num. Exterior: _____ 10.4 Num. Interior: _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social de afiliación: _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input checked="" type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única (CLUES): _____		14.3 Nombre del hogar: _____ 14.4 Tipo de hogar: Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: _____ 15.2 Nombre de la vivienda: _____ 15.3 Num. Exterior: _____ 15.4 Num. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debió ser consecuencia de: _____ b) Debió ser consecuencia de: _____ c) Debió ser consecuencia de: _____ d) Debió ser consecuencia de: _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 ¿Sillo donde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		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 Anote 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 Num. Exterior: _____ 22.7.4 Num. 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 delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____					
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTELA DEL FALLECIDO(A) _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique: _____ Número de la Cédula Profesional: _____ Firma: _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 28.1 Tipo de vivienda: _____ 28.2 Nombre de la vivienda: _____ 28.3 Num. Exterior: _____ 28.4 Num. Interior: _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 28.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 28.7 Código Postal: _____ 28.8 Localidad: _____ 28.9 Municipio o delegación: _____ 28.10 Entidad federativa: _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

232



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO HABITUAL:	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD:
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
CAUSAS DE LA MUERTE: A)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
HO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

FIRMAS

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[Redacted signature]

[Redacted signature]



GUERRERO
NO NECESITA TODOS

GRABADO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]					
5. CURP [Redacted]				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted]		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]		8. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]				10.1 Tipo de vivienda [Redacted]							
10.3 Núm. Exterior [Redacted]		10.4 Núm. Interior [Redacted]		10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]					
10.7 Código Postal [Redacted]		10.8 Localidad [Redacted]		10.9 Municipio o delegación [Redacted]		10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) [Redacted]					
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bechillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>				13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]							
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/>				14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted]				15.1 Tipo de vivienda [Redacted]				15.2 Nombre de la vivienda [Redacted]			
15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		15.7 Código Postal [Redacted]		15.8 Localidad [Redacted]					
15.9 Municipio o delegación [Redacted]		15.10 Entidad federativa [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>							
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota una sola causa en cada renglón. Evite señalar causas de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. [Redacted]				Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]		Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granje (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [Redacted]			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]				22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]							
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted]		22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]		22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted]					
22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		22.7.7 Código Postal [Redacted]		22.7.8 Localidad [Redacted]					
22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]		22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]							
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]				25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>							
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]				27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]							
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]				29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.3 Municipio o delegación [Redacted] 29.4 Localidad [Redacted] 29.5 Entidad federativa [Redacted] 29.6 Teléfono [Redacted]							
29.7 Fecha de certificación [Redacted]				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		31.1 Acta Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted]		32.3 Entidad federativa [Redacted]					
32.4 Día [Redacted]		32.4 Mes [Redacted]		32.4 Año [Redacted]		32.4 Año [Redacted]					

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
[REDACTED]

FIRMA [REDACTED]

AYUNTAMIENTO INSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL 2015-2018

GUERRERO
CHERUBINO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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: _____ Se ignora <input type="checkbox"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Interior: _____ 10.2 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.3 Nombre del asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad, * seleccionada es: _____ Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES): _____ Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. DÓNDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____			
16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE: _____	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.			
21. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input checked="" type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área Industrial (fábrica, taller, etc.) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto acausador con el(los) fallecido(s): _____ 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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad: _____ 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 delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____			
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud: Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Especialidad: _____ Número de la cédula profesional: _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad: _____ 29.2 Nombre de la vialidad: _____ 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 delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS REGISTRO CIVIL



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, COMO
OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR
QUE EN LOS ARCHIVOS QUE OBRAN EN ESTA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL,
SE ENCUENTRA ASENTADA UN ACTA DE DEFUNCIÓN EN LA CUAL SE
CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE DEFUNCIÓN

OFICIALÍA	LIBRO	ACTA	CRIP	CURP	FECHA DE REGISTRO
█	█	█	█	█	█
LOCALIDAD			MUNICIPIO O DELEGACIÓN		ENTIDAD FEDERATIVA
█			█		█

DATOS DEL FINADO

NOMBRE: █ NOMBRE(S) █ PRIMER APELLIDO █ SEGUNDO APELLIDO █

SEXO: MASCULINO FEMENINO ESTADO CIVIL: █ NACIONALIDAD: MEXICANA

EDAD: █ FECHA DE NACIMIENTO: █

LUGAR DE NACIMIENTO: █ LOCALIDAD █ MUNICIPIO █ ENTIDAD FEDERATIVA █ PAIS MEXICO

NOMBRE DEL CÓNYUGE: █ NACIONALIDAD: █

NOMBRE DEL PADRE: █ NOMBRE(S) █ PRIMER APELLIDO █ SEGUNDO APELLIDO █

NACIONALIDAD: █ CURP: █

NOMBRE DE LA MADRE: █ NOMBRE(S) █ PRIMER APELLIDO █ SEGUNDO APELLIDO █

NACIONALIDAD: MEXICANA CURP: █

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: █ LUGAR: █

No. DE CERTIFICADO: █ DESTINO DEL CADÁVER: INHUMACIÓN CREMACIÓN

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO: █

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: █

CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: █

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN: █

No. DE CÉDULA PROFESIONAL: █ DE INVESTIGAC. █

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: █ PARENTESCO: █

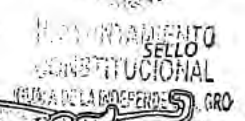
NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: █

OBSERVACIONES Ó ANOTACIONES REGISTRADAS:
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO UNIDAD DE INTEGRAL 3 CARPETA DE INVESTIGACION: █
OFICIO NUM: █

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN CUPLIMIENTO AL ARTÍCULO 302 DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO,
EN █ DÍAS DEL MES DE █ DEL █ DOY FE.

COTEJO:
MABK

NOMBRE Y FIRMA





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



238

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

HOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED] LA REPUBLICA

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMACION SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO. SI QUIEREN NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA

TESTIGO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO LOCAL
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA No. 00
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
REGISTRO CIVIL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		3. SEXO <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un mes: Meses [Redacted] Años cumplidos [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 9 Para personas de un año o más: [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 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	
5. CURP [Redacted]		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) [Redacted]		10.1 Tipo de vivienda [Redacted]		10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]		10.3 Núm. Exterior [Redacted]		10.4 Núm. Interior [Redacted]	
10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		10.7 Código Postal [Redacted]		10.8 Localidad [Redacted]	
10.9 Municipio o delegación [Redacted]		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
11.2 Ocupación habitual Se ignora <input type="radio"/> 99 (2.1 Trabajaba) Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 (2.1 Trabajaba) Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEXEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEXEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) [Redacted]		15.1 Tipo de vivienda [Redacted]		15.2 Nombre de la vivienda [Redacted]		15.3 Núm. Exterior [Redacted]	
15.4 Núm. Interior [Redacted]		15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		15.7 Código Postal [Redacted]	
15.8 Localidad [Redacted]		15.9 Municipio o delegación [Redacted]		15.10 Entidad federativa [Redacted]		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21. SI LA DEFUNCIÓN 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 4 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 3 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 6		22.4 Anote la relación que tenía al presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 1 Granja <input type="radio"/> 2 Rancho o parcela <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: [Redacted]		22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted]	
22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]		22.7.3 Núm. Exterior [Redacted]		22.7.4 Núm. Interior [Redacted]		22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		22.7.7 Código Postal [Redacted]		22.7.8 Localidad [Redacted]		22.7.9 Municipio o delegación [Redacted]	
22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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 MÉDICO Especifique [Redacted]		27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		33. ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



210

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)

NOMBRE DEL CÓNYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATÓRIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTÓ REQUISITOS.

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. [REDACTED]

SESION

AYUNTAMIENTO
SELLO DE LA OFICIALIA
CONSTITUCIONAL
MUNICIPIO DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2013-2014

GUERRERO
Profesional
CARRILLO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD		
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL		
10.3 Nóm. Exterior		10.4 Nóm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación		
10.10 Entidad federativa		11. ESCOLARIDAD		11.1 Nivel de escolaridad seleccionada es:		
12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		
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?		
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO		
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
27. NOMBRE		28. FIRMA		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		

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



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: Se solicita Registro de Defunción

[REDACTED]

C. H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL.
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO.
P R E S E N T E.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del [REDACTED] que falleció el [REDACTED] de [REDACTED] en la [REDACTED] de [REDACTED].

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: en la [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: En el [REDACTED] de esta Ciudad de [REDACTED]



Atentamente

[REDACTED]

742



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



243

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: _____ (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO _____ FIRMAS _____
DECLARANTE _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL.
LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO hombre <input checked="" type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP [CURP Code]				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 _____		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuido(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto 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 delegación _____		10.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			

DE LA DEFUNCIÓN

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Tipo de vivienda Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____				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 delegación _____		15.10 Entidad federal o país _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto una sola causa o más de ellas. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 _____ Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anoto la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____	
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 Anoto 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 delegación _____		22.7.10 Entidad federal o país _____	

DEL INF.

23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
--	--	---	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legisla <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA [Firma]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federal o país _____ 29.11 Teléfono _____			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federal o país _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federal o país _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

[Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. FECHA DE DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
4. ENTIDAD DE RESIDENCIA Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]	
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 → Especifique [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Tipo de vivienda [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2 12. OCURRACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 99 12.1 Trabajaba: Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted] 14.3 Tipo de vivienda [Redacted] 14.4 Tipo de vivienda [Redacted] 14.5 Tipo de vivienda [Redacted] 14.6 Tipo de vivienda [Redacted] 14.7 Tipo de vivienda [Redacted] 14.8 Tipo de vivienda [Redacted] 14.9 Tipo de vivienda [Redacted] 14.10 Tipo de vivienda [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Tipo de vivienda [Redacted] 15.3 Tipo de vivienda [Redacted] 15.4 Tipo de vivienda [Redacted] 15.5 Tipo de vivienda [Redacted] 15.6 Tipo de vivienda [Redacted] 15.7 Tipo de vivienda [Redacted] 15.8 Tipo de vivienda [Redacted] 15.9 Tipo de vivienda [Redacted] 15.10 Tipo de vivienda [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Hora [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una o más causas de enfermedad, lesión, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted] Causas antecedentes (Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica) b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input checked="" type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o cancelera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted] 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.3 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.4 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.5 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.6 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.7 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.8 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.9 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.10 Tipo de vivienda [Redacted]	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 24. P. [Redacted] EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR: Médico iratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 26. SI EL CERTIFICANTE ES M. [Redacted] 355680 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 28. FIRMA [Redacted] 29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Tipo de vivienda [Redacted] 29.3 Tipo de vivienda [Redacted] 29.4 Tipo de vivienda [Redacted] 29.5 Tipo de vivienda [Redacted] 29.6 Tipo de vivienda [Redacted] 29.7 Tipo de vivienda [Redacted] 29.8 Tipo de vivienda [Redacted] 29.9 Tipo de vivienda [Redacted] 29.10 Tipo de vivienda [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	



Art. 10 Frac. V LFTAI

Art. 113 Frac. I LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

8



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



276

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
 OFICIALIA No. 01
 CIUDAD DE GUAYMAS



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

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

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____					
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
5. CURP _____		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 _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía al 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 delegación _____ 10.10 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input checked="" type="checkbox"/>		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 delegación _____ 15.10 Entidad federal _____					
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto afortunado con el(a) fallecido(a) _____	
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 Anote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federal _____					
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federal _____ 29.11 Teléfono _____					
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO CIVIL Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federal _____					

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



748

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

_____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: MUNICIPAL

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____

B) _____

C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

TESTIGO _____ FIRMAS _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

GUERRERO
MEXICO
CIRCUITO

M. AYUNTAMIENTO
SECRETARIA DE GOBIERNO
GUANAJUATO DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
Nombre(s)		Primer Apellido	
Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO			
Día	Mes	Año	
3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
Hombre <input checked="" type="radio"/>	Mujer <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP			
Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			
Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
7. NACIONALIDAD			
Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>			
8. EDAD CUMPLIDA			
Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año
Minutos	Horas	Días	Meses
Para personas de un año o más		Años cumplidos	
Se ignora <input type="radio"/>			
9. ESTADO CONYUGAL			
En unión libre <input type="radio"/>	Separado(a) <input type="radio"/>	Viuda(a) <input checked="" type="radio"/>	Casado(a) <input type="radio"/>
Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL			
Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (e)			
10.1 Tipo de vialidad			
10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Num. Exterior			
10.4 Num. Interior			
10.5 Tipo de asentamiento humano			
10.6 Nombre del asentamiento humano			
10.7 Código Postal			
10.8 Localidad			
10.9 Municipio o delegación			
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD			
Ninguna <input type="radio"/>	Preescolar <input type="radio"/>	Primaria <input checked="" type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/>	Profesional <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>
11.1 La escolaridad seleccionada es			
Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/>			
12. OCUPACIÓN LABORAL			
Se ignora <input type="radio"/>			
12.1 Trabajaba			
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13.1 Número de seguridad social o afiliación			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			
Ninguna <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Seguro Popular <input checked="" type="radio"/>
IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	IMSS PROSPERA <input type="radio"/>
Se ignora <input type="radio"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
Secretaría de Salud <input type="radio"/>	IMSS <input type="radio"/>	PEMEX <input type="radio"/>	SEMAR <input type="radio"/>
IMSS PROSPERA <input type="radio"/>	ISSSTE <input type="radio"/>	SEDENA <input type="radio"/>	Unidad médica pública <input type="radio"/>
Unidad médica privada <input type="radio"/>			
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 vialidad			
15.2 Nombre de la vialidad			
15.3 Num. Exterior			
15.4 Num. Interior			
15.5 Tipo de asentamiento humano			
15.6 Nombre del asentamiento humano			
15.7 Código Postal			
15.8 Localidad			
15.9 Municipio o delegación			
15.10 Entidad federativa			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			
Día	Mes	Año	Horas Minutos
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			
Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)			
PARTE I		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Código CIE	
a) Debido a (o como consecuencia de)			
b) Debido a (o como consecuencia de)			
c) Debido a (o como consecuencia de)			
d) Debido a (o como consecuencia de)			
PARTE II		Código CIE	
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN			
Código CIE			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS			
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			
El embarazo <input type="radio"/>	El parto <input type="radio"/>	El puerperio <input type="radio"/>	
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/>	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	
Accidente <input type="radio"/>	Homicidio <input type="radio"/>	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
Suicidio <input type="radio"/>	Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
Vivienda particular <input type="radio"/>	Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/>	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/>	Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/>	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
Escuela u oficina pública <input type="radio"/>	Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		
Se ignora <input type="radio"/>			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7.1 Tipo de vialidad			
22.7.2 Nombre de la vialidad			
22.7.3 Num. Exterior			
22.7.4 Num. 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 delegación			
22.7.10 Entidad federativa			
23. NOMBRE			
Nombre(s)		Primer Apellido	
Segundo Apellido			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR			
Médico tratante <input type="radio"/>	Médico legista <input type="radio"/>	Otro médico <input checked="" type="radio"/>	
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/>	Autoridad civil <input type="radio"/>	Otra <input type="radio"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO			
Número de la cédula profesional			
27. NOMBRE			
Nombre(s)		Primer Apellido	
Segundo Apellido			
28. FIRMA			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
29.1 Tipo de vialidad			
29.2 Nombre de la vialidad			
29.3 Num. Exterior			
29.4 Num. Interior			
29.5 Tipo de asentamiento humano			
29.6 Nombre del asentamiento humano			
29.7 Código Postal			
29.8 Localidad			
29.9 Municipio o delegación			
29.10 Entidad federativa			
29.11 Teléfono			
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO			
Núm. _____, Libro Núm. _____			
31.1 Acta Núm.			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO			
32.1 Localidad			
32.2 Municipio o delegación			
32.3 Entidad federativa			
32.4 Día Mes Año			

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
 Art. 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



250

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No. [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] (FINADA) NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

H. ASISTENTE OFICIAL
CONSTITUCIONAL
JUALA DE LA INDEPENDENCIA 30
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
CHIRENCONTO



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		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="checkbox"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____		10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____	
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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.2 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
11.3 AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.4 _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaria de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/>		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) _____	
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____			
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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 _____ 29.4 Núm. Exterior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____		29.6 _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ 32.5 Mes _____ 32.6 Año _____		31.1 Acta Núm. _____	

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LETAI



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

253

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] Se ignora

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora Otra 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

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] Ciudad [Redacted] Estado [Redacted] País [Redacted] Nombre de la vivienda [Redacted] Tipo de asentamiento humano [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora 12.1 Trabajaba Sí No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Segura Popular IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada Se ignora

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] Tipo de la vivienda [Redacted] Ciudad [Redacted] Estado [Redacted] País [Redacted] Nombre de la vivienda [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora

18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa mencionada arriba, consignándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted]

d) [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí 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? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granje (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número. [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidental, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de [Redacted] profesional [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. FIRM [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] Tipo de vivienda [Redacted] Ciudad [Redacted] Estado [Redacted] País [Redacted] Nombre de la vivienda [Redacted]

29.1 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.2 Tipo de vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted]

29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Fecha de registro Día Mes Año [Redacted]

Art. 110 Fracc. V. LFTAI

Art. 113 Fracc. V. LFTAI

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 2

Panteon Municipal

19



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



254

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

TESTIGO [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO
 POR NUESTRA LEY
CREMATORIO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
[Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDADES CUMPLIDAS Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [6] [3] Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año [Redacted] Mes [Redacted] Día [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	
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) [Redacted] Código CIE [Redacted] b) [Redacted] Código CIE [Redacted] c) [Redacted] Código CIE [Redacted] d) [Redacted] Código CIE [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 4) días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): Área deportiva <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE [Redacted] Número de [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
DEL REG. CIVIL	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

170284716



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



256

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

SELO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL

A. DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

2015-2018

hote
close

GUERRERO
MEXICO
2008

ACTA DE DEFUNCION



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

MAYO 2017
FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO E _____ (si reside en el extranjero)			
	5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>			
DE LA DEFUNCIÓN	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
	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		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuido(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Sotero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	10. RESIDENCIA HABITUAL Anota 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	12. OCUPACIÓN 12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
	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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ Código CIE _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ Código CIE _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ Código CIE _____ d) _____ Código CIE _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____			
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ Accidental <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		23. SILO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.8 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(s) _____		
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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____				
DEL INF.	23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
	25. CERTIFICADA POR Médico volante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
	27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____	
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 113
Fracc. V
LFTAI

Art. 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 1

Motivación 2

PURIFICACION MUNICIPAL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



258

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA, Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

SELLO DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
A DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

20

GUERRERO
MEXICANA 7000
GRACIANO



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Muje <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]	
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorcado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía al fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> ISEMAR <input type="checkbox"/> MSA PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Tipo de vialidad [Redacted] 14.4 Nombre de la vialidad [Redacted] 14.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 14.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 14.7 Código Postal [Redacted] 14.8 Localidad [Redacted] 14.9 Municipio o delegación [Redacted] 14.10 Entidad federativa [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.3 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.4 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.5 Código Postal [Redacted] 15.6 Localidad [Redacted] 15.7 Municipio o delegación [Redacted] 15.8 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
DEL INF. 23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 24. PARIENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted] 25. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. VII [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Motivación 1

Motivación 2

AT 113
Fracc. I
LFTAIP



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



7260

22

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
LIBRO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA
MUNICIPIO	FINADO	

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] TESTIGO

[REDACTED] DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA



GUERRERO
INSTRUMENTOS
GRABATILO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DEL DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos: 7 7 7 Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuido(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 _____ación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN ANUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Num. Exterior _____ 14.4 Num. Interior _____ 14.5 Tipo de asentamiento humano _____ 14.6 Nombre del asentamiento humano _____ 14.7 Código Postal _____ 14.8 Localidad _____ 14.9 _____ación _____ 14.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 _____ación _____ 15.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		18.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ 18.2 Código CIE _____	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PART I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ PART II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____			
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 de presunto accidente, homicidio o suicidio _____			
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7.1 Tipo de vialidad _____	
22.7.1 Num. Exterior _____ 22.7.4 Num. Interior _____		22.7.2 Nombre de la vialidad _____	
22.7.7 Código Postal _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____	
22.7.8 Localidad _____		22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico forense <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Presiona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre _____ Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE Firma _____		29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Num. Exterior _____ 29.4 Num. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 _____ación _____ 29.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____		33.1 Localidad _____ 33.2 Municipio o delegación _____ 33.3 Entidad federativa _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

MUNICIPIO

22

Mayo Mayo



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELECCION OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
MOS INSCRITA TODOS
GRUPO 10

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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"/>		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote 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 delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
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 delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.		
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE: _____
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
22.3 Si lo donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Área Industrial (lateral, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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 Anote 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 delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____		
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Nombre de la _____ _____
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: _____ 29.2 Nombre de la vivienda: _____ 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 delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____		
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm.: _____
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ 32.5 Mes: _____ 32.6 Año: _____		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

FOLIO

[Redacted]

En nombre del [Redacted] y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [Redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja se encuentran asentados los datos siguientes:

264

ACTA DE DEFUNCION

CRIP: [Redacted]
CURP: [Redacted]

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	ESTADO	FECHA DE REGISTRO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
MUNICIPIO O DELEGACION			ENTIDAD FEDERATIVA		
[Redacted]			[Redacted]		

DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S)		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		ANOS
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD DEL FINADO		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		
DOMICILIO: Calle, N. Int., N. Ext., Col.		LOCALIDAD	MUNICIPIO		
[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]		
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL			
[Redacted]	MEXICO	[Redacted]			

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION		LUGAR DE LA DEFUNCION			
[Redacted]		[Redacted]			
NATURAL	NOMBRE DEL CERTIFICANTE		CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No.	
[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]	[Redacted]	
NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE		
[Redacted]	[Redacted]		[Redacted]		
CAUSA(S) DE LA DEFUNCION					
[Redacted]					

[Redacted signature area]

C.OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ADMINISTRACION MUNICIPAL
OFICIALIA DE REGISTRO CIVIL
2016-2018
SECCION DE OFICIALES DEL REGISTRO CIVIL

El suscrito, oficial 01 del Registro Civil, certifica que los datos que se expresan en todas sus partes, números y signos con su original que tuvo a la vista...

FECHA DE EXPEDICION

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE ORIGEN Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoto el domicilio permanente donde vivió el fallecido (e) _____			
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 delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
11.1 La escolaridad seleccionada es: _____		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13.1 Número de seguridad social de afiliación: _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Número de la Unidad Médica _____			
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Clave de Hospital _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 40 _____			
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 delegación _____		15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto 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) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: g) _____ h) _____			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____ 22.5 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo 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 delegación _____		22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE DEL INFANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO _____			
25. CERTIFICADA POR Médico irasante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número _____			
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA (ROSA) Y LA COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE GUANAJUATO. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
5. CURP _____ 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"/> 99		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 99
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"/> 99		
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vudo(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input checked="" type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Sachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input checked="" type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/> 99
12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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 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 DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		
14.1 Nombre de la unidad médica _____		Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99
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 delegación _____
15.10 Entidad federativa _____		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco; asfisia, etc.)
<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>a) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>b) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>c) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>d) Debido a (o como consecuencia de) _____</p> <p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____</p> <p>Código CIE _____</p>		<p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p>
21. SI LA DEFUNCIÓN 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		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
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"/> 99		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
22.3 Sello donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 99		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____
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 Añote 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 delegación _____
22.7.10 Entidad federativa _____		
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Número de la cédula _____
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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 *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula _____
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. ¿ES MÉDICO? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____		
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 delegación _____
29.10 Entidad federativa _____		29.11 Teléfono _____
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____
31.1 Acta Núm. _____		32.2 Municipio o delegación _____
32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



267

29

Mayo

OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____

LIBRO: _____ ACTA No.: _____ LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ENTIDAD FEDERATIVA: _____

FINADO: _____

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (PAIS) _____

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____

(LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____

DECLARANTE _____

TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
INSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
FIDELICIDAD TODOS
CHILIENTO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



758

ACTUALIA FECHA DE REGISTRO

LIBRO ACTA No. LOCALIDAD

MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: CASADO

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: HORA:

LUGAR: CERTIFICADO NO.:

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:

UBICACION: ORDEN NO.:

DONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)

TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: 1335260

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS

NOMBRE: JOSE GARCIA PERALTA EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

NOMBRE: EDAD:

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:

DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



GUERRERO
 MOTIVACION 10000
 GUERRERO
 MOTIVACION 10000
 GUERRERO
 MOTIVACION 10000
 GUERRERO
 MOTIVACION 10000



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUJERES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		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="checkbox"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ de vialidad _____	
10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____		10.5 Tipo de asentamiento humano _____		10.2 Nombre de la vialidad _____		10.6 Nombre del asentamiento humano _____	
10.7 Código Postal _____		10.8 Localidad _____		10.9 Municipio o delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Prescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN _____ de vialidad _____		15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____		15.5 Tipo de asentamiento humano _____		15.2 Nombre de la vialidad _____	
15.7 Código Postal _____		15.8 Localidad _____		15.9 Municipio o delegación _____		15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Ejemplo: paro cardíaco, asfíxia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo: _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		Código CIE _____		Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7.1 Tipo de vialidad _____	
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____		22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		22.7.2 Nombre de la vialidad _____		22.7.6 Nombre del asentamiento humano _____	
22.7.7 Código Postal _____		22.7.8 Localidad _____		22.7.9 Municipio o delegación _____		22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico (tratante) <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____		28. FIRMA _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____		29.2 Nombre de la vialidad _____	
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 delegación _____		29.10 Entidad federativa _____		29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____	
32.3 Entidad federativa _____		32.4 Fecha de registro: Día _____ Mes _____ Año _____		32.5 Teléfono _____		32.6 Entidad federativa _____	



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> 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. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
DE LA DEFUNCIÓN 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. No señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ 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 Código CIE _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (via pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		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 Anote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		DEL INF. 23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" 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 Número de cédula profesional _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____		29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		32.5 Municipio o delegación _____ 32.6 Entidad federativa _____ 32.7 Día _____ Mes _____ Año _____			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD
Fracc. V, VII
LFTAIP.

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



27

ESTADO	FECHA DE REGISTRO	LOCALIDAD
MUNICIPIO	ACTA No.	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ (FINADO) NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: MUNICIPAL

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.



EL C. OFICIAL N. _____

OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO

10

10

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		
2. CURP _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	6. PESO _____ Kilogramos _____ Gramos	7. TALLA _____ Metros _____ Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO _____ Día _____ Mes _____ Año		
9. 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		
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: _____		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuido(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica _____ 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____		
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____
20. 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? _____ 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____ 23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____		
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____		29. TELÉFONO _____
30. DOMICILIO _____		31. FIRMA _____
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____ Día _____ Mes _____ Año _____		

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. DE DEFUNCIÓN FUE EXPEDIDO POR LOS SEMEFO, ÉSTOS CONSERVARÁN LA 1ª COPIA (ROSA) PARA ENTREGARLA AL REGISTRO CIVIL.

LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

REG 110
 H. C. V. VII
 LFTAIP

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 34.1 Localidad _____

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 1

INTERESADO

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Año _____ Mes _____ Día _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9 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		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.2 Nombre de la localidad: _____ 10.3 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.4 Num. Exterior: _____ 10.5 Num. Interior: _____ 10.6 Tipo de asentamiento humano: _____ 10.7 Código Postal: _____ 10.8 Localidad: _____ 10.9 Municipio o delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.2 Nombre de la localidad: _____ 15.3 Num. Exterior: _____ 15.4 Num. Interior: _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 15.6 Num. Exterior: _____ 15.7 Código Postal: _____ 15.8 Localidad: _____ 15.9 Municipio o delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____		14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón) (Ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Intervio aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____		PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input checked="" type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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 checked="" 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			
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ta) fallecido(a) _____		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 _____			
CARPETA DE INVESTIGACIÓN: 12060380500923050617.							
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de localidad: _____ 22.7.2 Nombre de la localidad: _____ 22.7.3 Num. Exterior: _____ 22.7.4 Num. 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 delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____							
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO (LA) FALLECIDO(A) _____					
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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 MÉDICO Nombre: _____ Número de la cédula profesional: _____					
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____					
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de localidad: _____ 29.2 Nombre de la localidad: _____ 29.3 Num. Exterior: _____ 29.4 Num. Interior: _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____		30. TELÉFONO 29.11 Teléfono: _____					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____					





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ACTA DE DEFUNCION
REGISTRO CIVIL

CRIP:
CURP:

33

Form with fields for OFICIALIA, LIBRO No., ACTA No., FOJA No., LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA, DATOS DEL FINADO, SEXO, EDO. CIVIL, NACIONALIDAD, EDAD, DOMICILIO, LUGAR DE NACIMIENTO, NOMBRE DEL CONYUGE, NOMBRE DEL PADRE, NOMBRE DE LA MADRE, FALLECIMIENTO, LUGAR, DESTINO DEL CADAVER, UBICACION, DONDE FALLECIO, CAUSA(S) DE LA MUERTE, TIPO DE DEFUNCION, NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION, No. DE CEDULA PROFESIONAL, DOMICILIO, DECLARANTE, TESTIGOS.

TESTIGO signature lines with names and dates.

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL, DOY FE.
El C. Oficial No. 01 del Registro Civil
Nombre Firma



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



275

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO		
NOMBRE:		SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
	NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
	AÑOS MESES DIAS HORAS	
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)		MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:
LUGAR:		CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:		ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:		PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
TESTIGOS		
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELLADO DE LA OFICINA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA INDEPENDENCIA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL R015-2018

GUERRERO
POR NECESIDAD TODOS

GRANDE

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)			
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
5. CURP			
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: Días <input type="text"/> Para menores de un año: Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: Años cumplidos <input type="text"/> Se ignora <input type="radio"/> 9			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
10.1 Tipo de vialidad		10.2 Municipio o delegación	
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior	
10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
10.10 Entidad federativa o país (si estudió en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9			
13. AFILIACIÓN 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 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			
13.1 Número de seguridad social o afiliación			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			
14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
14.3 Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 89			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
15.1 Núm. Exterior		15.2 Núm. Interior	
15.3 Tipo de asentamiento humano		15.4 Nombre del asentamiento humano	
15.5 Código Postal		15.6 Localidad	
15.7 Municipio o delegación		15.8 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa principal. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> (Debido a (o) como consecuencia de) c) <input type="text"/> (Debido a (o) como consecuencia de) d) <input type="text"/>		Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
21.1 ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? Especificar 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			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
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? SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <input type="text"/>			
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio			
22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
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 delegación		22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input 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 MÉDICO Número de la cédula profesional <input type="text"/>			
27. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO			
29.1 Tipo de vialidad		29.2 Nombre de la vialidad	
29.3 Nombre del asentamiento humano		29.4 Núm. Interior	
29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Núm. Exterior	
29.7 Código Postal		29.8 Localidad	
29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	
29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <input type="text"/> Libro Núm. <input type="text"/> 31.1 Acta Núm. <input type="text"/>			
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <input type="text"/>			

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

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP
Art. 13 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1
Motivación 2

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS DATOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. [Redacted]

3. SEXO: Mujer Se ignora 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 9

7. NACIONALIDAD: Mexicana 1 Otra 2 → Especifique

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted] Se ignora 9

9. ESTADO CONYUGAL: Separado(a) 6 Viudo(a) 2 Casado(a) 5 Se ignora 9
En unión libre 4 Divorciado(a) 3 Soltero(a) 1

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.1 Tipo de vivienda [Redacted]

10.2 Semanas de gestación: [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5 Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa 1 Incompleta 2

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora 99

12.1 Trabajaba: SI 1 No 2 Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8 Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Nombre de la unidad [Redacted] 14.3 Tipo de vialidad [Redacted]

14.4 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIES) [Redacted] 14.5 Nombre de la vialidad [Redacted] 14.6 Otro lugar 10 Hogar 11 Se ignora 99

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted] 15.1 Tipo de vialidad [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 9

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No Se ignora 9

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) [Redacted] Código CIE [Redacted]

b) [Redacted] Código CIE [Redacted]

c) [Redacted] Código CIE [Redacted]

d) [Redacted] Código CIE [Redacted]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: [Redacted] Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No Se ignora 9

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No Se ignora 9

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:

22.1 Fue un presunto: Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Calle o carretera (vía pública) 4 Escuela u oficina pública 2 Área comercial o de servicio 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE: [Redacted]

24. PARENTESCO (LA) FALLECIDO(A): [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Autoridad civil 5 Otro 6

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. NOMBRE: [Redacted]

28. FIRMA: [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: [Redacted]

29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29.6 Localidad [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]

31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

RECIBIDO ASISTENCIAS DE DIRECCIÓN

RECIBIDO ASISTENCIAS DE DIRECCIÓN 14 JUN 2017

Art. 110

Fracc. V, VIATENCION: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARIA DE SALUD

LFTAIP

Art. 113

Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



278

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	
LOCALIDAD		
MUNICIPIO		
ENTIDAD FEDERATIVA		
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
NOMBRE(S)	BURGOS	
(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
AÑOS MESES DIAS HORAS	NACIONALIDAD:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	MEXICO	
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)		
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)		
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATRIO:		
UBICACION:	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____		
B) _____		
C) _____		
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		
FIRMAS		
TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELO DE LA OFICINA



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
CUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
NO HACER EN TODOS
GRABACION TO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE EMBLACION



277

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE: _____	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO HABITUAL: _____	ESTADO CIVIL: _____
NOMBRE DEL CONYUGE: _____	NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____	NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____	NACIONALIDAD: _____
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION: _____	HORA: _____
LUGAR: _____	CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____
UBICACION: _____	ORDEN NO.: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____	
B) _____	
C) _____	
TIPO DE DEFUNCION: _____	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____	
DOMICILIO: _____	
DECLARANTE	
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCCUPACION: _____
TESTIGOS	
NOMBRE: _____	EDAD: 52
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCCUPACION: _____
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: _____	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

DECLARANTE

TESTIGOS

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

AYUNTAMIENTO MUNICIPAL CONSTITUCIONAL TIZIQUILLOS FIGUEROA, GRO. OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL

GUERRERO
 NOTARIA
 GREGORIO

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

280

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorcedo(a) <input type="radio"/> Sotero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Año de domicilio permanente desde vivió al 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN ACTUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDEHA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDEHA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
14.3 Nombre de la localidad _____ 14.4 Nombre de la vía _____	
14.5 Tipo de vía: Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
14.6 Lugar: Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA DE DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, sepsis, etc.)	
19.1 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	
19.2 Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	
19.3 PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. INTERVALO SIGNIFICATIVO entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 49 AÑOS	
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas en otros campos corresponden a causas del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.4 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Establecimiento público <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tiene el presunto agresor con ella (relativa): _____	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF.	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 Número de identificación profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO _____	
31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____	



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

[Redacted]

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique [Redacted]		Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Minutos [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Horas [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Días [Redacted] Para menores de un año: [Redacted] Meses [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos [Redacted]		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input checked="" type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		13.2 Tipo de afiliación Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]		14.3 Tipo de atención Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]			
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted]		30. FECHA DE VERIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
Art. 110 Fracc. V.2.9. Municipio o delegación [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA [Redacted]		33. MOTIVACIÓN 1 [Redacted]		33. MOTIVACIÓN 2 [Redacted]	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

284



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 87 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] GUERRERO MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

HOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DE AYOUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
JALA DE LA INDEPENDENCIA 390
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
MEXICO
GRANDE
10003

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 1 Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____			
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Otra <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		8. EDADE 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="checkbox"/> 9			
10. RESIDENCIA HABITUAL Anota 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 Localidad _____ 10.8 Municipio o delegación _____ 10.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> 2 Casado(a) <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Precooler <input type="checkbox"/> 12 Primaria <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 7 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 IMSS <input type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Localidad _____ 14.4 Municipio o delegación _____ 14.5 Entidad federativa _____		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 Localidad _____ 15.8 Municipio o delegación _____ 15.9 Entidad federativa _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añade 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) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto _____ Accidente <input type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____		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 Añote 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 delegación _____	
22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PADRE(S) DEL(LA) FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> 1 Médico legista <input type="checkbox"/> 2 Otro médico* <input type="checkbox"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 4 Autoridad civil* <input type="checkbox"/> 5 Otro* <input type="checkbox"/> 9		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____ Número de la cédula _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		32.5 Entidad federativa _____		32.6 Día _____ Mes _____ Año _____	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



2786

OFICIALIA: [redacted] FECHA DE REGISTRO: [redacted]
LIBRO: [redacted] ACTA No.: [redacted] LOCALIDAD: [redacted]
MUNICIPIO: [redacted] ENTIDAD FEDERATIVA: [redacted]

FINADO: [redacted]
NOMBRE: [redacted] SEXO: HOMBRE MUJER
FECHA DE NACIMIENTO: [redacted] EDAD: [redacted] AÑOS MESES DIAS HORAS
LUGAR DE NACIMIENTO: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO HABITUAL: [redacted] ESTADO CIVIL: [redacted]
NOMBRE DEL CONYUGE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [redacted] LUGAR: [redacted] HORA: [redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [redacted]
UBICACION: [redacted] ORDEN NO.: [redacted]
DONDE FALLECIO: [redacted]
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [redacted] B) [redacted] C) [redacted]
TIPO DE DEFUNCION: [redacted]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [redacted]
DOMICILIO: [redacted]

DECLARANTE
NOMBRE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] PARENTESCO: [redacted]
OCUPACION: [redacted]

TESTIGOS
NOMBRE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] PARENTESCO: [redacted]
OCUPACION: [redacted]
NOMBRE: [redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [redacted]
DOMICILIO: [redacted] PARENTESCO: [redacted]
OCUPACION: [redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO: [redacted] DECLARANTE: [redacted] TESTIGO: [redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[redacted] FIRMA



GUERRERO
MEXICO
GR DEFUNCION

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

EN REGISTRO 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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
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="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input checked="" type="checkbox"/>			
14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____		14.3 Tipo de vivienda _____		14.4 Nombre de la vivienda _____	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada sección. Señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo g) _____ h) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____		Código CIE _____			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____	
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 Anotar 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
28. DOMICILIO y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____					

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	
MUNICIPIO	LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO		
NOMBRE:	NOMBRE(S)	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO) NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)	ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA)		MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:
LUGAR:		CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	MUNICIPAL
UBICACION:		ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:		
CAUSAS DE LA MUERTE:	A) A) B) B) C) C)	
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
TESTIGOS		
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO
DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO MANIFIESTAN QUE EL FINADO FUE EL INTERESADO EN LA PRESENTE ACTA Y QUIENES MANIFIESTAN QUIENES EN

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
SELLADO ESPECIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anota 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 delegación _____ 10.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ 14.3 Tipo de vivienda _____ 14.4 Nombre de la vivienda _____ 14.5 Tipo de asentamiento humano _____ 14.6 Nombre del asentamiento humano _____ 14.7 Código Postal _____ 14.8 Localidad _____ 14.9 Municipio o delegación _____ 14.10 Entidad federal _____	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federal _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota 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) Debido a la consecuencia de _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) 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 morbosos que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> homicidio <input type="checkbox"/> suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a) _____	
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 Anote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federal _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federal _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Num. _____ Libro Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federal _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm. _____	

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

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 <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL			
Para menores de una hora: Minutos		En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
Para menores de un día: Horas		Meses		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior			
Para menores de un mes: Días		Años cumplidos		10.5 Tipo de asentamiento humano			
Para menores de un año: Meses		Se ignora <input type="checkbox"/>		10.6 Nombre del asentamiento humano			
Para menores de un año o más: Años cumplidos		Se ignora <input type="checkbox"/>		10.7 Código Postal			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		10.8 Localidad			
Se ignora <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>		10.9 Municipio o delegación			
Se ignora <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN ACTUAL			
Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabaja		13.1 Número de seguridad social o afiliación			
Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)			
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Tipo de asentamiento humano			
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 delegación			
15.10 Entidad federativa		15.11 Tipo de vivienda		15.12 Tipo de asentamiento humano			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.)		21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
PART I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
a) [Redacted]		b) [Redacted]		c) [Redacted]		d) [Redacted]	
PART II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> homicidio <input type="checkbox"/> suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		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	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
22.7 Anote 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 delegación			
22.7.10 Entidad federativa		22.7.11 Tipo de vivienda		22.7.12 Nombre de la vivienda			
22.7.13 Núm. Exterior 22.7.14 Núm. Interior		22.7.15 Tipo de asentamiento humano		22.7.16 Nombre del asentamiento humano			
22.7.17 Código Postal		22.7.18 Localidad		22.7.19 Municipio o delegación			
22.7.20 Entidad federativa		22.7.21 Tipo de vivienda		22.7.22 Nombre de la vivienda			
22.7.23 Núm. Exterior 22.7.24 Núm. Interior		22.7.25 Tipo de asentamiento humano		22.7.26 Nombre del asentamiento humano			
22.7.27 Código Postal		22.7.28 Localidad		22.7.29 Municipio o delegación			
22.7.30 Entidad federativa		22.7.31 Tipo de vivienda		22.7.32 Nombre de la vivienda			
22.7.33 Núm. Exterior 22.7.34 Núm. Interior		22.7.35 Tipo de asentamiento humano		22.7.36 Nombre del asentamiento humano			
22.7.37 Código Postal		22.7.38 Localidad		22.7.39 Municipio o delegación			
22.7.40 Entidad federativa		22.7.41 Tipo de vivienda		22.7.42 Nombre de la vivienda			
22.7.43 Núm. Exterior 22.7.44 Núm. Interior		22.7.45 Tipo de asentamiento humano		22.7.46 Nombre del asentamiento humano			
22.7.47 Código Postal		22.7.48 Localidad		22.7.49 Municipio o delegación			
22.7.50 Entidad federativa		22.7.51 Tipo de vivienda		22.7.52 Nombre de la vivienda			
22.7.53 Núm. Exterior 22.7.54 Núm. Interior		22.7.55 Tipo de asentamiento humano		22.7.56 Nombre del asentamiento humano			
22.7.57 Código Postal		22.7.58 Localidad		22.7.59 Municipio o delegación			
22.7.60 Entidad federativa		22.7.61 Tipo de vivienda		22.7.62 Nombre de la vivienda			
22.7.63 Núm. Exterior 22.7.64 Núm. Interior		22.7.65 Tipo de asentamiento humano		22.7.66 Nombre del asentamiento humano			
22.7.67 Código Postal		22.7.68 Localidad		22.7.69 Municipio o delegación			
22.7.70 Entidad federativa		22.7.71 Tipo de vivienda		22.7.72 Nombre de la vivienda			
22.7.73 Núm. Exterior 22.7.74 Núm. Interior		22.7.75 Tipo de asentamiento humano		22.7.76 Nombre del asentamiento humano			
22.7.77 Código Postal		22.7.78 Localidad		22.7.79 Municipio o delegación			
22.7.80 Entidad federativa		22.7.81 Tipo de vivienda		22.7.82 Nombre de la vivienda			
22.7.83 Núm. Exterior 22.7.84 Núm. Interior		22.7.85 Tipo de asentamiento humano		22.7.86 Nombre del asentamiento humano			
22.7.87 Código Postal		22.7.88 Localidad		22.7.89 Municipio o delegación			
22.7.90 Entidad federativa		22.7.91 Tipo de vivienda		22.7.92 Nombre de la vivienda			
22.7.93 Núm. Exterior 22.7.94 Núm. Interior		22.7.95 Tipo de asentamiento humano		22.7.96 Nombre del asentamiento humano			
22.7.97 Código Postal		22.7.98 Localidad		22.7.99 Municipio o delegación			
22.7.100 Entidad federativa		22.7.101 Tipo de vivienda		22.7.102 Nombre de la vivienda			
22.7.103 Núm. Exterior 22.7.104 Núm. Interior		22.7.105 Tipo de asentamiento humano		22.7.106 Nombre del asentamiento humano			
22.7.107 Código Postal		22.7.108 Localidad		22.7.109 Municipio o delegación			
22.7.110 Entidad federativa		22.7.111 Tipo de vivienda		22.7.112 Nombre de la vivienda			
22.7.113 Núm. Exterior 22.7.114 Núm. Interior		22.7.115 Tipo de asentamiento humano		22.7.116 Nombre del asentamiento humano			
22.7.117 Código Postal		22.7.118 Localidad		22.7.119 Municipio o delegación			
22.7.120 Entidad federativa		22.7.121 Tipo de vivienda		22.7.122 Nombre de la vivienda			
22.7.123 Núm. Exterior 22.7.124 Núm. Interior		22.7.125 Tipo de asentamiento humano		22.7.126 Nombre del asentamiento humano			
22.7.127 Código Postal		22.7.128 Localidad		22.7.129 Municipio o delegación			
22.7.130 Entidad federativa		22.7.131 Tipo de vivienda		22.7.132 Nombre de la vivienda			
22.7.133 Núm. Exterior 22.7.134 Núm. Interior		22.7.135 Tipo de asentamiento humano		22.7.136 Nombre del asentamiento humano			
22.7.137 Código Postal		22.7.138 Localidad		22.7.139 Municipio o delegación			
22.7.140 Entidad federativa		22.7.141 Tipo de vivienda		22.7.142 Nombre de la vivienda			
22.7.143 Núm. Exterior 22.7.144 Núm. Interior		22.7.145 Tipo de asentamiento humano		22.7.146 Nombre del asentamiento humano			
22.7.147 Código Postal		22.7.148 Localidad		22.7.149 Municipio o delegación			
22.7.150 Entidad federativa		22.7.151 Tipo de vivienda		22.7.152 Nombre de la vivienda			
22.7.153 Núm. Exterior 22.7.154 Núm. Interior		22.7.155 Tipo de asentamiento humano		22.7.156 Nombre del asentamiento humano			
22.7.157 Código Postal		22.7.158 Localidad		22.7.159 Municipio o delegación			
22.7.160 Entidad federativa		22.7.161 Tipo de vivienda		22.7.162 Nombre de la vivienda			
22.7.163 Núm. Exterior 22.7.164 Núm. Interior		22.7.165 Tipo de asentamiento humano		22.7.166 Nombre del asentamiento humano			
22.7.167 Código Postal		22.7.168 Localidad		22.7.169 Municipio o delegación			
22.7.170 Entidad federativa		22.7.171 Tipo de vivienda		22.7.172 Nombre de la vivienda			
22.7.173 Núm. Exterior 22.7.174 Núm. Interior		22.7.175 Tipo de asentamiento humano		22.7.176 Nombre del asentamiento humano			
22.7.177 Código Postal		22.7.178 Localidad		22.7.179 Municipio o delegación			
22.7.180 Entidad federativa		22.7.181 Tipo de vivienda		22.7.182 Nombre de la vivienda			
22.7.183 Núm. Exterior 22.7.184 Núm. Interior		22.7.185 Tipo de asentamiento humano		22.7.186 Nombre del asentamiento humano			
22.7.187 Código Postal		22.7.188 Localidad		22.7.189 Municipio o delegación			
22.7.190 Entidad federativa		22.7.191 Tipo de vivienda		22.7.192 Nombre de la vivienda			
22.7.193 Núm. Exterior 22.7.194 Núm. Interior		22.7.195 Tipo de asentamiento humano		22.7.196 Nombre del asentamiento humano			
22.7.197 Código Postal		22.7.198 Localidad		22.7.199 Municipio o delegación			
22.7.200 Entidad federativa		22.7.201 Tipo de vivienda		22.7.202 Nombre de la vivienda			
22.7.203 Núm. Exterior 22.7.204 Núm. Interior		22.7.205 Tipo de asentamiento humano		22.7.206 Nombre del asentamiento humano			
22.7.207 Código Postal		22.7.208 Localidad		22.7.209 Municipio o delegación			
22.7.210 Entidad federativa		22.7.211 Tipo de vivienda		22.7.212 Nombre de la vivienda			
22.7.213 Núm. Exterior 22.7.214 Núm. Interior		22.7.215 Tipo de asentamiento humano		22.7.216 Nombre del asentamiento humano			
22.7.217 Código Postal		22.7.218 Localidad		22.7.219 Municipio o delegación			
22.7.220 Entidad federativa		22.7.221 Tipo de vivienda		22.7.222 Nombre de la vivienda			
22.7.223 Núm. Exterior 22.7.224 Núm. Interior		22.7.225 Tipo de asentamiento humano		22.7.226 Nombre del asentamiento humano			
22.7.227 Código Postal		22.7.228 Localidad		22.7.229 Municipio o delegación			
22.7.230 Entidad federativa		22.7.231 Tipo de vivienda		22.7.232 Nombre de la vivienda			
22.7.233 Núm. Exterior 22.7.234 Núm. Interior		22.7.235 Tipo de asentamiento humano		22.7.236 Nombre del asentamiento humano			
22.7.237 Código Postal		22.7.238 Localidad		22.7.239 Municipio o delegación			
22.7.240 Entidad federativa		22.7.241 Tipo de vivienda		22.7.242 Nombre de la vivienda			
22.7.243 Núm. Exterior 22.7.244 Núm. Interior		22.7.245 Tipo de asentamiento humano		22.7.246 Nombre del asentamiento humano			
22.7.247 Código Postal		22.7.248 Localidad		22.7.249 Municipio o delegación			
22.7.250 Entidad federativa		22.7.251 Tipo de vivienda		22.7.252 Nombre de la vivienda			
22.7.253 Núm. Exterior 22.7.254 Núm. Interior		22.7.255 Tipo de asentamiento humano		22.7.256 Nombre del asentamiento humano			
22.7.257 Código Postal		22.7.258 Localidad		22.7.259 Municipio o delegación			
22.7.260 Entidad federativa		22.7.261 Tipo de vivienda		22.7.262 Nombre de la vivienda			
22.7.263 Núm. Exterior 22.7.264 Núm. Interior		22.7.265 Tipo de asentamiento humano		22.7.266 Nombre del asentamiento humano			
22.7.267 Código Postal		22.7.268 Localidad		22.7.269 Municipio o delegación			
22.7.270 Entidad federativa		22.7.271 Tipo de vivienda		22.7.272 Nombre de la vivienda			
22.7.273 Núm. Exterior 22.7.274 Núm. Interior		22.7.275 Tipo de asentamiento humano		22.7.276 Nombre del asentamiento humano			
22.7.277 Código Postal		22.7.278 Localidad		22.7.279 Municipio o delegación			
22.7.280 Entidad federativa		22.7.281 Tipo de vivienda		22.7.282 Nombre de la vivienda			
22.7.283 Núm. Exterior 22.7.284 Núm. Interior		22.7.285 Tipo de asentamiento humano		22.7.286 Nombre del asentamiento humano			
22.7.287 Código Postal		22.7.288 Localidad		22.7.289 Municipio o delegación			
22.7.290 Entidad federativa		22.7.291 Tipo de vivienda		22.7.292 Nombre de la vivienda			
22.7.293 Núm. Exterior 22.7.294 Núm. Interior		22.7.295 Tipo de asentamiento humano		22.7.296 Nombre del asentamiento humano			
22.7.297 Código Postal		22.7.298 Localidad		22.7.299 Municipio o delegación			
22.7.300 Entidad federativa		22.7.301 Tipo de vivienda		22.7.302 Nombre de la vivienda			
22.7.303 Núm. Exterior 22.7.304 Núm. Interior		22.7.305 Tipo de asentamiento humano		22.7.306 Nombre del asentamiento humano			
22.7.307 Código Postal		22.7.308 Localidad		22.7.309 Municipio o delegación			
22.7.310 Entidad federativa		22.7.311 Tipo de vivienda		22.7.312 Nombre de la vivienda			
22.7.313 Núm. Exterior 22.7.314 Núm. Interior		22.7.315 Tipo de asentamiento humano		22.7.316 Nombre del asentamiento humano			
22.7.317 Código Postal		22.7.318 Localidad		22.7.319 Municipio o delegación			
22.7.320 Entidad federativa		22.7.321 Tipo de vivienda		22.7.322 Nombre de la vivienda			
22.7.323 Núm. Exterior 22.7.324 Núm. Interior		22.7.325 Tipo de asentamiento humano		22.7.326 Nombre del asentamiento humano			
22.7.327 Código Postal		22.7.328 Localidad		22.7.329 Municipio o delegación			
22.7.330 Entidad federativa		22.7.331 Tipo de vivienda		22.7.332 Nombre de la vivienda			
22.7.333 Núm. Exterior 22.7.334 Núm. Interior		22.7.335 Tipo de asentamiento humano		22.7.336 Nombre del asentamiento humano			
22.7.337 Código Postal		22.7.338 Localidad		22.7.339 Municipio o delegación			
22.7.340 Entidad federativa		22.7.341 Tipo de vivienda		22.7.342 Nombre de la vivienda			
22.7.343 Núm. Exterior 22.7.344 Núm. Interior		22.7.345 Tipo de asentamiento humano		22.7.346 Nombre del asentamiento humano			
22.7.347 Código Postal		22.7.348 Localidad		22.7.349 Municipio o delegación			
22.7.350 Entidad federativa		22.7.351 Tipo de vivienda		22.7.352 Nombre de la vivienda			
22.7.353 Núm. Exterior 22.7.354 Núm. Interior		22.7.355 Tipo de asentamiento humano		22.7.356 Nombre del asentamiento humano			
22.7.357 Código Postal		22.7.358 Localidad		22.7.359 Municipio o delegación			
22.7.360 Entidad federativa		22.7.361 Tipo de vivienda		22.7.362 Nombre de la vivienda			
22.7.363 Núm. Exterior 22.7.364 Núm. Interior		22.7.365 Tipo de asentamiento humano		22.7.366 Nombre del asentamiento humano			
22.7.367 Código Postal		22.7.368 Localidad		22.7.369 Municipio o delegación			
22.7.370 Entidad federativa		22.7.371 Tipo de vivienda		22.7.372 Nombre de la vivienda			
22.7.373 Núm. Exterior 22.7.374 Núm. Interior		22.7.375 Tipo de asentamiento humano		22.7.376 Nombre del asentamiento humano			
22.7.377 Código Postal		22.7.378 Localidad		22.7.379 Municipio o delegación			
22.7.380 Entidad federativa		22.7.381 Tipo de vivienda		22.7.382 Nombre de la vivienda			
22.7.383 Núm. Exterior 22.7.384 Núm. Interior		22.7.385 Tipo de asentamiento humano		22.7.386 Nombre del asentamiento humano			
22.7.387 Código Postal		22.7.388 Localidad		22.7.389 Municipio o delegación			
22.7.390 Entidad federativa		22.7.391 Tipo de vivienda		22.7.392 Nombre de la vivienda			
22.7.393 Núm. Exterior 22.7.394 Núm. Interior		22.7.395 Tipo de asentamiento humano		22.7.396 Nombre del asentamiento humano			
22.7.397 Código Postal		22.7.398 Localidad		22.7.399 Municipio o delegación			
22.7.400 Entidad federativa		22.7.401 Tipo de vivienda		22.7.402 Nombre de la vivienda			
22.7.403 Núm. Exterior 22.7.404 Núm. Interior		22.7.405 Tipo de asentamiento humano		22.7.406 Nombre del asentamiento humano			
22.7.407 Código Postal		22.7.408 Localidad		22.7.409 Municipio o delegación			
22.7.410 Entidad federativa		22.7.411 Tipo de vivienda		22.7.412 Nombre de la vivienda			
22.7.413 Núm. Exterior 22.7.414 Núm. Interior		22.7.415 Tipo de asentamiento humano		22.7.416 Nombre del asentamiento humano			
22.7.417 Código Postal		22.7.418 Localidad		22.7.419 Municipio o delegación			
22.7.420 Entidad federativa		22.7.421 Tipo de vivienda		22.7.422 Nombre de la vivienda			
22.7.423 Núm. Exterior 22.7.424 Núm. Interior		22.7.425 Tipo de asentamiento humano		22.7.426 Nombre del asentamiento humano			



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Alcaldía 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

291

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de una hora: Minutos [Redacted]; Para menores de un día: Horas [Redacted]; Para menores de un mes: Días [Redacted]; Para menores de un año: Meses [Redacted]; Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Vuido(a) Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD: Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Tercera Superior Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL: [Redacted] Se ignora

12.1 Trabajaba: Si No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Tipo de establecimiento de salud: Via pública Otro lugar Hogar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: [Redacted]

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón, en la columna de la izquierda se señalan los tipos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.)

PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted]

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo.

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 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 21.2 ¿Las causas anotadas en el renglón anterior complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el 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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Granja (rancho o parcela) Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio Otro Se ignora 22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con (ella) fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

24. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otra

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: [Redacted]

27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: [Redacted]

29. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

33. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: [Redacted]

FOLIO

[Redacted]

En nombre del Estado Libre y Soberano de Morelos y como Oficial del Registro Civil de este lugar, hago saber a los que la presente vieren, y certifico que en el Libro Número [Redacted] del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja [Redacted] se encuentran asentados los datos siguientes:



292

ACTA DE DEFUNCION

CRIP
CURP

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
MUNICIPIO O DELEGACION			ENTIDAD FEDERATIVA	
[Redacted]			[Redacted]	

DATOS DEL FINADO

NOMBRE(S)			PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
[Redacted]			[Redacted]	[Redacted]
NACIONALIDAD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD DEL FINADO	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
DOMICILIO: Calle, N.Int, N.Ext, Col.			LOCALIDAD	MUNICIPIO
[Redacted]			[Redacted]	[Redacted]
ENTIDAD	PAIS	ESTADO CIVIL		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA Y HORA DE DEFUNCION		LUGAR DE LA DEFUNCION		
[Redacted]		[Redacted]		
TIPO DE LA MUERTE	NOMBRE DEL CERTIFICANTE	CEDULA EN CASO DE SER MEDICO	CERTIFICADO No.	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	
NOMBRE DEL CONYUGE	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]		

CAUSA(S) DE LA DEFUNCION

- A). - [Redacted] ([Redacted])
- B). - [Redacted] ([Redacted])
- C). - [Redacted] ([Redacted])

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

El presente Oficial del Registro de este Municipio datos de la presente corresponden en todas sus letras, números y signos con su original que tuve a la vista.

Certificación que se expide en:



FECHA DE EXPEDICION



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO		
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	MEXICO (PAIS)	
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: <input checked="" type="checkbox"/> INHUMACION <input type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:	
CAUSAS DE LA MUERTE:		
TIPO DE DEFUNCION:		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
TESTIGOS		
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
NOMBRE:	EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
JUALA DE LA INDEPENDENCIA - CRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
MOS PRESIDENTE

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/>			
14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____	
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 delegación _____		15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año _____ Horas _____ Minutos _____			
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? 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, asfexia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Código CIE _____	
a) _____		b) _____	
c) _____		d) _____	
Causas antecedentes Estados morbosos, al existir alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica			
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> (taller, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carreters (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
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 Añote 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 delegación _____		22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" 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 Número de la cédula profesional _____			
27. NOMBRE _____ *Especifique _____		28. FIRMA _____ Número de la cédula profesional _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
29.1 Tipo de vivienda _____		29.2 Nombre de la vivienda _____	
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 delegación _____	
29.10 Entidad federativa _____		29.11 Teléfono* _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____			
31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
32.1 Localidad _____		32.2 Municipio o delegación _____	
32.3 Entidad federativa _____		32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



REGISTRO CIVIL

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO Y COMO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL, CERTIFICO; QUE EN EL LIBRO NO. [REDACTED] DEL ARCHIVO GENERAL DEL REGISTRO CIVIL SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA NO. [REDACTED] DE FECHA [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. [REDACTED] OFICIAL 40 DEL REGISTRO CIVIL RESIDENTE EN [REDACTED]

295

ACTA DE DEFUNCION

NOMBRE: [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO [REDACTED]

SEXO: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS -- MESES -- DIAS -- HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED]

DATOS DEL FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED] CEDULA: [REDACTED] CERTIFICADO: [REDACTED]

DATOS DEL COMPARECIENTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

ANOTACIONES

Ocupacion: PROFESOR
 CARPETA DE INV: 112030080100446130717. OFICIO.
 OFICIO NUM: 3642. FECHA: 11/07/2017

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO [REDACTED] CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO; A [REDACTED] FE. [REDACTED]



COTEJO:
MARIA LUISA CORTES RODRIGUEZ
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE S. PABLO DE ANAGE, OCA. OFICIALIA No. 40 DEL REGISTRO CIVIL SANTA CRUZ

SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO

ANTES DE ELIMINAR LAS INSTRUCCIONES EN EL INVENTARIO

2996

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

Y VIOLENTAS

DEL CERTIFICANTE

CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO

2. FECHA DE NACIMIENTO

3. SEXO

4. ESTADO CIVIL

5. CARRERA

6. LENGUAJE AL QUE HABLA

7. NACIONALIDAD

8. EDAD CUMPLIDA

9. ESTADO CONYUGAL

10. EDUCACION HABITUAL

11. ESCOLARIDAD

12. OCUPACION HABITUAL

13. ATENCION A SERVICIOS DE SALUD

14. EN DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCION

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION

17. TEMPERATURA MEDIDA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE

18. LE PRACTICO MEDICO

19. CAUSAS DE LA DEFUNCION

20. DETALLES DE LA DEFUNCION

21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 40 AÑOS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

23. ANGULO EN DONDE OCURRIÓ EL HECHO

24. PARENTESCO CON EL FALLECIDO

25. CERTIFICADA POR

26. NOMBRE

27. DOMICILIO Y TELEFONO

28. LA DEFUNCION FUE REGISTRADA EN LA OFICIALIA O JUZGADO

29. LOGAR Y FECHA DE REGISTRO

30. ACTA

Art 110
Frac. V, VII
LFTAI
Motivación 1

Art 113
Frac. I
LFTAI
Motivación 2



CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		2. EDAD GESTACIONAL Semanas: [redacted]		3. PESO Gramos: [redacted]		4. DE UN EMBARAZO Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input checked="" type="checkbox"/> Tres o más <input type="checkbox"/>		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal: Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 5.2 Total de consultas recibidas: [redacted]																																								
6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input type="checkbox"/> Complicado <input checked="" type="checkbox"/>		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input checked="" type="checkbox"/> Durante el parto <input type="checkbox"/>		7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/>		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día: [redacted] Mes: [redacted] Año: [redacted] Hora: [redacted] Minutos: [redacted]																																										
9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número: [redacted] 9.2 Colonia: [redacted] 9.3 Localidad: [redacted] 9.4 Municipio o delegación: [redacted] 9.5 Entidad federativa: [redacted]																																																
10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 10.1 Nombre de la unidad médica: [redacted] 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [redacted]																																																
11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico gineco-obstetra <input checked="" type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					12. SI SE TRATA DE UN ABORTO ÉSTE FUE Espontáneo <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Terapéutico <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>																																											
13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="checkbox"/> Casárea <input checked="" type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: [redacted]					14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 14.2 ¿Qué parentesco tiene el presunto agresor con la madre? [redacted]																																											
15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">PARTE I</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">Especifique si la causa fue:</th> <th rowspan="2" style="text-align: left;">Código CIE</th> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Condición fetal o materna que causó directamente la muerte</th> <th style="text-align: center;">MATERNA</th> <th style="text-align: center;">FETAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 5%;">a)</td> <td style="width: 75%;">[redacted]</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">[redacted]</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">[redacted]</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left;">PARTE II</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left;">Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mortuorio que la produjo</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td style="text-align: center;">[redacted]</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										PARTE I		Especifique si la causa fue:		Código CIE	Condición fetal o materna que causó directamente la muerte		MATERNA	FETAL	a)	[redacted]	[redacted]	[redacted]		b)	[redacted]	[redacted]	[redacted]		c)	[redacted]	[redacted]	[redacted]		d)	[redacted]	[redacted]	[redacted]		PARTE II		[redacted]	[redacted]		Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mortuorio que la produjo		[redacted]	[redacted]	
PARTE I		Especifique si la causa fue:		Código CIE																																												
Condición fetal o materna que causó directamente la muerte		MATERNA	FETAL																																													
a)	[redacted]	[redacted]	[redacted]																																													
b)	[redacted]	[redacted]	[redacted]																																													
c)	[redacted]	[redacted]	[redacted]																																													
d)	[redacted]	[redacted]	[redacted]																																													
PARTE II		[redacted]	[redacted]																																													
Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mortuorio que la produjo		[redacted]	[redacted]																																													
16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [redacted]																																																
17. NOMBRE Nombre(s): [redacted] Apellido paterno: [redacted] Apellido materno: [redacted]																																																
18. CURP : [redacted]																																																
19. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>					20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>																																											
21. EDAD Años: [redacted]		22. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>																																														
23. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive la madre 23.1 Calle y número: [redacted] 23.2 Colonia: [redacted] 23.3 Localidad: [redacted] 23.4 Municipio o delegación: [redacted] 23.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): [redacted]																																																
24. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>					25. OCUPACIÓN HABITUAL [redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 25.1 Trabaja actualmente: Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>																																											
26. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/>					26.1 Número de seguridad social o afiliación : [redacted]																																											
27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 27.1 Número de nacidos vivos: [redacted] 27.2 Número de nacidos muertos: [redacted]					28. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 28.1 En caso negativo, escriba el número del Certificado de Defunción: [redacted]																																											
29. NOMBRE DEL INF. Nombre(s): [redacted] Apellido paterno: [redacted] Apellido materno: [redacted]																																																
30. PARENTESCO CON EL INF. [redacted]					31. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>																																											
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [redacted]																																																
33. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s): [redacted]																																																
34. DOMICILIO DEL CERTIFICANTE 34.1 Calle y número: [redacted] 34.2 Colonia: [redacted] 34.3 Localidad: [redacted] 34.4 Municipio o delegación: [redacted] 34.5 Entidad federativa: [redacted]																																																
35. TELÉFONO : [redacted]					36. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: [redacted] Mes: [redacted] Año: [redacted]																																											

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

DATOS DE LA MADRE

DEL INF.

DATOS DEL CERTIFICANTE

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE ENTREGAR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA COPIA FOTOSTÁTICA Y LA COPIA MAQUETAL AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD [Redacted]
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] 6 2 Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vido(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (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) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. 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 [Redacted] Código CIE [Redacted]	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Café o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
DEL INF.	
23. NOMBRE [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR 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 Especifique [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE [Redacted]	
28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

299



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE: _____	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO HABITUAL: _____	ESTADO CIVIL: _____
NOMBRE DEL CONYUGE _____	NACIONALIDAD: _____
NOMBRE DEL PADRE _____	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE _____	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION: _____	HORA: _____
LUGAR: _____	CERTIFICADO NO.: _____
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____
UBICACION: _____	ORDEN NO.: _____
CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____	
B) _____	
C) _____	
TIPO DE DEFUNCION: _____	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____	
DOMICILIO: _____	
DECLARANTE	
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____
TESTIGOS	
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____
NOMBRE: _____	EDAD: _____
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____	OCUPACION: _____
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.	

DECLARANTE: _____

TESTIGOS: _____

ESTIPULACION A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
SELLA DE LA INDEPENDENCIA, GRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
MEXICANA
JUDOS
GIRARONTO

SI LA DEFUNCION NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARIA DE SALUD EN UN PERIODO MAXIMO DE 15 DIAS HABILES POSTERIORES A SU EXPEDICION. LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		6. HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		7. NACIONALIDAD		8. EDAD CUMPLIDA	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACION HABITUAL		13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION		19. CAUSAS DE LA DEFUNCION	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA		23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE		25. CERTIFICADA POR		27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE	
22.7.3 Núm. Exterior / 22.7.4 Núm. Interior		29. DOMICILIO Y TELÉFONO		31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA JURISDICCIONAL		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION DEBE CONSERVAR ESTA COPIA PARA LA INFORMACION DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD INTERESADO

Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

301



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO): [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO): [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

B) [REDACTED]

C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA [REDACTED]



GUERRERO
POR ACCESAR TODOS

GREPUNO



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



302

OFICIALIA: [Redacted] FECHA DE REGISTRO: [Redacted]
LIBRO: [Redacted] ACTA No.: [Redacted]

MUNICIPIO: [Redacted] LOCALIDAD: [Redacted]
ENTIDAD FEDERATIVA: [Redacted]

FINADO: [Redacted]

NOMBRE: [Redacted] SEXO: HOMBRE MUJER
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO: [Redacted] EDAD: [Redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
AÑOS MESES DIAS HORAS
LUGAR DE NACIMIENTO: [Redacted] MEXICO
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: [Redacted] ESTADO CIVIL: [Redacted]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE: [Redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE: [Redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [Redacted] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [Redacted] HORA: [Redacted]
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [Redacted]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [Redacted]
UBICACION: [Redacted] ORDEN NO.: [Redacted]
TRA. CLASE, LOTE 1983

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [Redacted]
B) [Redacted]
C) [Redacted]

TIPO DE DEFUNCION: [Redacted]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [Redacted]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted]

DECLARANTE

NOMBRE: [Redacted] EDAD: [Redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted] OCUPACION: [Redacted]

TESTIGOS

NOMBRE: [Redacted] EDAD: [Redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted] OCUPACION: [Redacted]
NOMBRE: [Redacted] EDAD: [Redacted]
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [Redacted]
DOMICILIO: [Redacted] OCUPACION: [Redacted]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
[Redacted]

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

GUERRERO
NOT. ACCIDENTES, TODOS

GRACIANO



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. [Redacted]
5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD, Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días anotar: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) [Redacted]	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]	
15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Hora Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote por cada 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) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas ocasionaron complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (Inifer, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área dependiente (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Granja <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Casa o vivienda <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa	
DEL INF.	
23. NOMBRE [Redacted]	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE [Redacted]	
28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.2 Tipo de vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE PARTICIPACIÓN [Redacted]	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 31.1 Acta Núm. [Redacted]	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]	

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170277466

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO					
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		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 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____	
5. CURP _____		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		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 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 Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____		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		12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input checked="" 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		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____		14.3 Nombre de la vía pública _____ 14.4 Otro lugar _____ 14.5 Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ Minutos _____		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTES I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTES II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 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		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Área deportiva <input type="radio"/> 3 (taller, Área Industrial, fábrica u obra) Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9	
22.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____		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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico* <input 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 MÉDICO Especifique _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____ Número de la cédula profesional _____		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



REGISTRO CIVIL

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE PUBLIACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO			
NOMBRE:		SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/>	MUJER <input type="checkbox"/>
NOMBRE(S)		(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
	ANOS MESES DIAS HORAS		
LUGAR DE NACIMIENTO:	GUERRERO		MEXICO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:		
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)			
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:		MEXICANA
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD:		MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD:		MEXICANA
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:		
LUGAR: HDGAC:	CERTIFICADO NO.:		
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:			
UBICACION:	ORDEN NO.:		
DONDE FALLECIO:			
CAUSAS DE LA MUERTE:			
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:			
DECLARANTE			
NOMBRE:	EDAD:		
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:		
TESTIGOS			
NOMBRE:	EDAD:		
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:		
NOMBRE:	EDAD:		
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:	OCUPACION:		

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

TESTIGO: [Redacted] DECLARANTE: [Redacted] TESTIGO: [Redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y CADA UNO DE ELLOS HACIENDO SU FIRMA Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



GUERRERO
HAY MUERTE TODOS
GR DEFUNCIÓN

INTERESADO:

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAI

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



507

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO			
NOMBRE:		SEXO: HOMBRE	MUJER
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:	
DOMICILIO HABITUAL:		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD:	
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:	
LUGAR: HOGAR		CERTIFICADO NO.:	
DÉSTINO DEL CÁDAVER: <input checked="" type="checkbox"/> INHUMACION <input type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:			
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:			
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)			
TIPO DE DEFUNCION:			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:			
DECLARANTE			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
TESTIGOS			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD: MEXICANA		PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.			

FIRMAS

TESTIGO: [Redacted] DECLARANTE: [Redacted]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE LA INDEPENDENCIA SRO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
SEP 15 2018

GUERRERO
 GOBIERNO DEL ESTADO
GRACIANO

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federaliva o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____ 10.10 Entidad federaliva o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federaliva _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada región. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica. PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo. Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="checkbox"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Fomicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____ 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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federaliva _____	

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____ Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



309

OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS

NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED] MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE GEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
SELLO OFICIAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

GUERRERO
 GOBIERNO DEL ESTADO
 SECRETARIA DE GOBIERNO
 REGISTRO CIVIL

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

EN PREGUE 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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____		8.2 Semanas de gestación: _____		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Vlado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Dirección del domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____				10.1 Nombre de la entidad _____			
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 delegación _____		10.10 Entidad federal o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				13.1 Número de seguridad social o afiliación _____			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>				14.1 Nombre de la Unidad médica _____		Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Dirección del domicilio donde ocurrió la defunción _____				14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____			
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 delegación _____		15.10 Entidad federal _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
a) _____						Código CIE _____	
b) Causas antecedentes (Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica)							
c) Dado a (o) como consecuencia de _____							
d) Dado 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							
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 17 A 54 AÑOS: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>				21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
22.1 Fue un presunto				22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el (a) fallecido(a)			
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				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 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				22.7.1 Tipo de vialidad _____			
22.7.2 Nombre de la vialidad _____				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 delegación _____			
22.7.10 Entidad federal _____							
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) _____			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____			
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				28. FOLIO _____			
29. DOMICILIO y TELÉFONO Dirección del domicilio _____				29.1 Tipo de vialidad _____			
29.2 Nombre de la vialidad _____				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 delegación _____			
29.10 Entidad federal _____				29.11 Teléfono _____			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____							
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federal _____ 32.4 Día _____ 32.5 Mes _____ 32.6 Año _____			
31.1 Acta Núm. _____				Art. 113			
Art. 110				Frac. I			
LFTAI				LFTAI			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____	
8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____	
10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" type="radio"/>	
13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____	
14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
14.3 Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/>	
14.4 Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 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 delegación _____	
15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote 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) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____	
Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE _____	
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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada ni los primeros 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
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 Añote 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 delegación _____	
22.7.10 Entidad federativa _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 Especifique _____ Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACION Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAIP
Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAIP
Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

312



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:
DOMICILIO HABITUAL:	MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input type="checkbox"/> CREMACION <input checked="" type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) A) B) B) C) C)	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS	

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPAL DE LA INDEPENDENCIA, GRU.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
NACIONALIDAD
CARRERA
CARRERA
CARRERA

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 12.2 Descripción de la ocupación _____ 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/>	
14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____ 14.3 Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input checked="" type="checkbox"/> 14.4 Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Causas antecedentes: Estados morbosos, al existir alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ 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 _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 A 34 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Etiopista u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____	
DEL INF. 23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> *Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____ 27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art. 113
 Fracc. V, VII LFTAIP Fracc. I LFTAIP
 Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA
FECHA DE REGISTRO
LIBRO
ACTA No.

MUNICIPIO
ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE:
SEXO: HOMBRE
MUJER

FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:
NACIONALIDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:
DOMICILIO HABITUAL:

ESTADO CIVIL:

NOMBRE DEL CONYUGE
NACIONALIDAD:

NOMBRE DEL PADRE
NACIONALIDAD:

NOMBRE DE LA MADRE
NACIONALIDAD:

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION:
LUGAR:

DESTINO DEL CADAVER:
UBICACION:

DONDE FALLECIO:

CAUSAS DE LA MUERTE:
TIPO DE DEFUNCION:

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:

NO. DE CEDULA PROFESIONAL:

DOMICILIO:

DECLARANTE

NOMBRE:
NACIONALIDAD:
DOMICILIO:

TESTIGOS

NOMBRE:
NACIONALIDAD:
DOMICILIO:

TESTIGOS

NOMBRE:
NACIONALIDAD:
DOMICILIO:

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

TESTIGOS

GUERRERO
PRENSA
CIRRENSION

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO
DECLARANTE
TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SEMA DE LA OFICIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRU.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170284740

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____	
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		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. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____	
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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/>		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? 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, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produce X _____ X _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____	
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____		23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input checked="" 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 Número de _____		27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vialidad _____ 28.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 28.10 Entidad federativa _____ 28.11 Teléfono _____		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad _____ 31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
32. ACTA Núm. _____		33. MOTIVACIÓN 1 _____	

Art 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art 113

Fracc. V, VII LFTAIP

Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

170289721

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
2. FECHA DE NACIMIENTO
3. SEXO
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO
5. CURP
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?
7. NACIONALIDAD
8. EDAD CUMPLIDA
9. ESTADO CONYUGAL
10. RESIDENCIA HABITUAL
11. ESCOLARIDAD
12. OCUPACIÓN HABITUAL
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
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?
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (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
Causas antecedentes
PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23. NOMBRE DEL PRESUNTO ACCIDENTE, HOMICIDIO O SUICIDIO
24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A)

DEL INF.

23. NOMBRE DEL PRESUNTO ACCIDENTE, HOMICIDIO O SUICIDIO

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE
28. FIRMA DEL CERTIFICANTE
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN

-REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



328

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

NOMBRE: _____ SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NOMBRE(S) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO) _____
 EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____
 _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____
 UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____
 DONDE FALLECIO: _____
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
 B) _____
 C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: 29
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FIRMAS

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



SELO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
 NO NECESITA TODOS
 LOS DATOS
GRATUITO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO



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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] 3. SEXO Hombre Mujer Se ignora 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federal o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora 7. NACIONALIDAD Mexicana Se ignora Otra Especifique [Redacted]

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

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] Municipio de la localidad [Redacted] Nombre de la localidad [Redacted]

10.3 Num. Exterior [Redacted] 10.4 Num. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta 12. OCU [Redacted] Se ignora

12.1 Trabajaba SI No Se ignora 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada 14.1 Número de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] 14.3 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.4 Vía pública Otro lugar 14.5 Hogar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.2 Nombre de la localidad [Redacted]

15.3 Num. Exterior [Redacted] 15.4 Num. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federal [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) [Redacted] b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted]

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted]

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJERTE 10 A 54 AÑOS 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 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el 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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u oficina) Rancho o parcelas Se ignora

22.4 A qué se le relaciona la muerte (a) [Redacted] 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7.1 Tipo de localidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la localidad [Redacted]

22.7.3 Num. Exterior [Redacted] 22.7.4 Num. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federal [Redacted]

23. NOMBRE [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted] 24. P. [Redacted] EN EL(LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro Especifique [Redacted] 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] 28. [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federal [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted] Día Mes Año

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federal [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]





20

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.

INTEGRAL 2

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM. [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
IGUALA, GUÉRRERO
PRESENTE.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente.

Nombre [REDACTED]

Edad [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: MEXICANA.

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó [REDACTED]

Lugar de inhumación [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.



Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 2

[REDACTED]

ZONA
DISTRITO JU
VIEDAD

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DEL GOBIERNO
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRUO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
REGISTRO CIVIL
GIRARDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted] Día Mes Año

3. SEXO Hombre Muje Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora Especifique [Redacted]

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 [Redacted] Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) Viudo(a) Casado(a) En unión libre Divorcedo(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] 10.1 Tipo de vivienda [Redacted]

10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]

11. ESCOLARIDAD Ninguna Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora

12.1 Trabajaba Si No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR Unidad médica pública Otra unidad pública Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]

14.3 Vía pública Otro lugar Hogar Se ignora

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] 15.1 Tipo de vivienda [Redacted]

15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) [Redacted] Código CIE [Redacted]

b) [Redacted] Código CIE [Redacted]

c) [Redacted] Código CIE [Redacted]

d) [Redacted] Código CIE [Redacted]

PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 40 A 54 AÑOS. 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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el 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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) [Redacted]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted] 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]

23. [Redacted] Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

25. CERTIFICADA POR Médico tratante Médico legista Otro médico Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil Otro Especifique [Redacted]

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]

27. NOMBRE [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]

28. [Redacted] 28.1 Tipo de vivienda [Redacted] 28.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 28.3 Núm. Exterior [Redacted] 28.4 Núm. Interior [Redacted] 28.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]

29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]

30. FECHA DE CERTIFICACION Día Mes Año [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] PINEDA (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) [REDACTED] MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

OCCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

OCCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

OCCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

LEIDA Y OÍDA LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



GUERRERO
 P.O. BOX 1000
 Toluca, Mexico
 CREDENCIAL

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

EMERGENCIAS DEL REGISTRO CIVIL Y LA SECRETARÍA DE SALUD AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]		5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: [Redacted] Para menores de un día: [Redacted] Para menores de un mes: [Redacted] Para mayores de un mes: [Redacted] Para personas de un año o más: [Redacted]		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted]		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7 Anote 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 delegación 22.7.10 Entidad federativa	
23. NOMBRE [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
27. NOMBRE [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
29. DOMICILIO y TELEFONO [Redacted]		29.1 Tipo de vivienda [Redacted]		29.2 Nombre de la vivienda [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

325



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
	ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____ (NOMBRE(S)) _____ (PRIMER APELLIDO) _____ (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS _____ MESES _____ DIAS _____ HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) _____ ESTADO CIVIL: _____ MEXICO (LOCALIDAD) _____ (MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____ B) _____ C) _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL _____

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
AGUA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
MICH-OAX-TLAX
GRUPO EDITORIAL



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) [Redacted]	
5. CURP [Redacted]				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted]	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Minutos [Redacted] Para menores de un día Horas [Redacted] Para menores de un mes Días [Redacted] Para menores de un año Meses [Redacted] Para personas de un año o más Años cumplidos [Redacted]		9.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		9.2 Semanas de gestación: [Redacted]		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía al fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted]		10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input checked="" type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted] Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]		15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año [Redacted] Horas Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) [Redacted] Código CIE [Redacted] b) [Redacted] Código CIE [Redacted] c) [Redacted] Código CIE [Redacted] d) [Redacted] Código CIE [Redacted] Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ita) fallecido(a) [Redacted]			
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]			
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input checked="" type="checkbox"/> Especifique [Redacted]			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]		27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FOLIO [Redacted]		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]			

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

307

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
LOCALIDAD:	
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL:	(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL:
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO)	GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:	
UBICACION:	ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION:	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRAL.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

GUERRERO
NO NECESARIA FIRMA
GRABACION



CERTIFICADO DE MUERTE FETAL

(LLENÉSE INDEPENDIEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

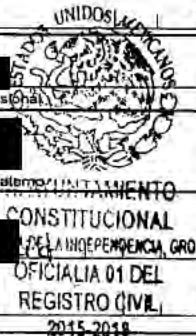


ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DATOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO Y DEL SUCESO	1. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		2. EDAD GESTACIONAL Semanas <input type="text"/>		3. PESO Gramos <input type="text"/>		4. DE UN EMBARAZO Único <input checked="" type="radio"/> 1 Comelar <input type="radio"/> 2 Tres o más <input type="radio"/> 3		5. ATENCIÓN PRENATAL 5.1 Recibió atención prenatal Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		5.2 Total de consultas recibidas <input type="text"/>	
	6. ESTE EMBARAZO FUE Normal <input checked="" type="radio"/> 1 Complicado <input type="radio"/> 2		7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ Antes del parto <input checked="" type="radio"/> 1 Durante el parto <input type="radio"/> 2		7.1 Estado de la piel del producto Fresca (Normal) <input type="radio"/> 1 Macerada <input checked="" type="radio"/> 2		8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos <input type="text"/>					
	9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN 9.1 Calle y número <input type="text"/> 9.2 Colonia <input type="text"/> 9.3 Localidad <input type="text"/> 9.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 9.5 Entidad federativa <input type="text"/>											
	10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 10.1 Nombre de la unidad médica <input type="text"/> 10.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <input type="text"/> Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99											
CAUSAS DE LA MUERTE FETAL	11. ¿QUIÉN ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médica gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 1 Otro médico <input type="radio"/> 5 Enfermera <input type="radio"/> 2 Partera <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9											
	13. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN Parto vaginal espontáneo <input type="radio"/> 5 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 1 Fórceps <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 Otro <input type="radio"/> 4 Especifique <input type="text"/>						14. VIOLENCIA 14.1 ¿La muerte fetal fue consecuencia de un acto de violencia hacia la madre? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 14.2 ¿Qué parentesco tiene el presunto agresor con la madre? Esposado <input type="radio"/> 1 Hijo <input type="radio"/> 2 Padre <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 4 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	15. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Condición fetal o materna que causó directamente la muerte a) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de) b) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de) c) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de) d) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Especifique si la causa fue: MATERNA FETAL Código CIE											
	16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <input type="text"/>											
DATOS DE LA MADRE	17. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno <input type="text"/>											
	18. CURP <input type="text"/>						19. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	20. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		21. EDAD <input type="text"/>		22. ESTADO CONYUGAL Estrucho libre <input type="radio"/> 4 Separada <input type="radio"/> 6 Divorciada <input type="radio"/> 3 Viuda <input type="radio"/> 2 Soltera <input checked="" type="radio"/> 1 Casada <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9							
	23. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vive la madre 23.1 Calle y número <input type="text"/> 23.2 Colonia <input type="text"/> 23.3 Localidad <input type="text"/> 23.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 23.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <input type="text"/>											
DATOS DEL INF.	24. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria Incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria Incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria Incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10											
	26. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 9						25. OCUPACIÓN HABITUAL 25.1 Trabaja actualmente Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9					
	27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO 27.1 Número de nacidos vivos: <input type="text"/> 27.2 Número de nacidos muertos: <input type="text"/>						28. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		28.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: <input type="text"/>			
	29. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno <input type="text"/>											
DATOS DEL CERTIFICANTE	30. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <input type="text"/>											
	31. 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						32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <input type="text"/>					
	33. NOMBRE Nombre(s) <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno <input type="text"/>											
	34. DOMICILIO 34.1 Calle y número <input type="text"/> 34.2 Colonia <input type="text"/> 34.3 Localidad <input type="text"/> 34.4 Municipio o delegación <input type="text"/> 34.5 Entidad federativa <input type="text"/>											
35. TELÉFONO <input type="text"/>						36. FIRMA <input type="text"/>			37. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>			



ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR EL ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art 110
Fracc. V, VII
LFTAIIP
Motivación 1

Art 113
Fracc. I
LFTAIIP
Motivación 2

330



ACTA DE DEFUNCIÓN

RELACION JUZGADO ACTA ABO CLASE DE TIPO DE REGISTRO
 Nombre [REDACTED]
 Lugar de Nacimiento [REDACTED] Edad [REDACTED] Género [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED] Ocupación [REDACTED]
 Estado Civil [REDACTED] Nacionalidad MEXICANA
 Nombre del Padre [REDACTED]
 Nombre de la Madre [REDACTED]

El Cuerpo Será [REDACTED] Orden No. [REDACTED]
 En el [REDACTED] Ubicado en [REDACTED]
 Fecha de la Defunción [REDACTED] Hora Defunción [REDACTED]
 Lugar de la Defunción [REDACTED]
 Causa(s) de la Muerte [REDACTED]
 Médico que Certificó [REDACTED] Cédula Profesional [REDACTED]
 Domicilio del Médico [REDACTED]

Nombre [REDACTED] Edad [REDACTED]
 Parentesco con el Finito [REDACTED]
 Nacionalidad [REDACTED]
 Domicilio [REDACTED]

[REDACTED]

Se dio por terminado el acto y firma la presente, para constancia, los que en ella intervinieron y saben hacerlo y los que no, imprimen su huella digital. Se cierra el acta que autoriza. Doy fe. EL JUEZ 14
 DEL REGISTRO CIVIL

ESTA ACTA SE RELACIONA CON LOS FOLIOS DE ANOTACIONES QUE SE SEÑALAN, EN LOS CUALES ESTA INCOMPLETA.
 No: [REDACTED] Fecha: [REDACTED] Firma: [REDACTED]
 No: [REDACTED] Fecha: [REDACTED] Firma: [REDACTED]



DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

CERTIFICO SOLO PARA TRASLADO QUE ES COPIA FIDELAR DEL ORIGINAL QUE OBRA EN EL ARCHIVO DE ESTE JUZGADO EN CUAUHTEMOC, DISTRITO FEDERAL A LOS 26 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2017 EN EL CASO

C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR EN LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

331

LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1 NOMBRE DEL FALLECIDO		2 FECHA DE NACIMIENTO		3 SEXO	4 ENTIDAD DE NACIMIENTO
5 CURP		6 (HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA)		7 NACIONALIDAD	
8 ESTADO CIVIL		9 ESTADO CONYUGAL		10 RESIDENCIA HABITUAL	
11 ESTADOCIDAD		12 AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13 OCUPACIÓN HABITUAL	
14 RITMO DOMINANTE EN LA DEFUNCIÓN		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?		18 ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19 CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
20 CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		21 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 AÑOS O MÁS		22 SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECÍFICAMENTE	
23 SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		24 PARENTESCO CON FILIA (FALLECIDO)		25 FECHA DE CERTIFICACIÓN	
26 LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA DE REGISTRO		27 LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		28	

11/07/2014

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía al 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 delegación _____ 10.10 Entidad federal o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACION HABITUAL 12.1 Trabajaba Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 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 delegación _____ 15.10 Entidad federal _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICO NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote 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) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 _____ Código CIE _____	
20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE _____	
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) _____	
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 Añote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federal _____	
DEL INF.	
23. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
DEL CERTIFICANTE	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE _____ Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federal _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACION Día _____ Mes _____ Año _____	
DEL REG. CIVIL	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	
32. LUGAR y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federal _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

333



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO	
NOMBRE:	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:	MEXICO
DOMICILIO HABITUAL:	ESTADO CIVIL:
NOMBRE DEL CONYUGE:	NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE:	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:
LUGAR:	CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO:
UBICACION:	ORDEN NO.:
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)	
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:	
DOMICILIO:	
DECLARANTE	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:
TESTIGOS	
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: NINGUNO
DOMICILIO:	OCCUPACION:
NOMBRE:	EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:	OCCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.



 DECLARANTE TESTIGO

LEÍDOLA EN SU ENTERA LEYENDA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RÁTFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL


 H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2018

GUERRERO
NOB. NEGRA. TODOS
GRACIANO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

3. SEXO: Hombre Mujer Se ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____

5. CURP: _____

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI No Se ignora

7. NACIONALIDAD: Mexicana Se ignora

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

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Se ignora

10. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____

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 delegación: _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): _____

11. ESCOLARIDAD: Ninguna Prescolar Primaria Secundaria Tercera Bachillerato o preparatoria Profesional Posgrado Se ignora

11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa Incompleta

12. OCUPACIÓN HABITUAL: Se ignora

12.1 Trabajaba: SI No Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA Se ignora

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): _____

15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 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 delegación: _____ 15.10 Entidad federativa: _____

16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI No Se ignora

18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI No

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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: _____

PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Código CIE _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: 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

21.2 ¿Las causas anotadas incluyen complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI No

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidental Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Área deportiva Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública) Escuela u oficina pública Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Área comercial o de servicio Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): _____

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 Anote 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 delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____

23. NOMBRE: Nombre(s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

24. PARTE _____ (LA) FALLECIDO(A)

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante Médico legista Otro médico* Persona autorizada por la Secretaría de Salud Autoridad civil* Otro*

26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: _____

27. NOMBRE: Nombre(s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____

29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 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 Código Postal: _____ 29.7 Localidad: _____ 29.8 Municipio o delegación: _____ 29.9 Entidad federativa: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____

30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____

31.1 Acta Núm. _____

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

Motivación 1

Art. 110 Fracc. I LFTAIP

Motivación 2



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]		5. CURP [Redacted]	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="checkbox"/> Otra <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>			
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> En unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACIÓN MARITAL 12.1 Trabajaba SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES) [Redacted] Via pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año [Redacted] Horas Minutos [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [Redacted] Código CIE [Redacted] b) [Redacted] Código CIE [Redacted] c) [Redacted] Código CIE [Redacted] d) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] Código CIE [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]		21.1 ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS. Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>	
21.2 ¿Se causaron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]			
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]			
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique [Redacted] Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA DEL CERTIFICANTE [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted] 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]			
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO		
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD	
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO			
NOMBRE:	NOMBRE(S)	SEXO: HOMBRE	MUJER
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD: MEXICANA	
LUGAR DE NACIMIENTO:	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
DOMICILIO HABITUAL:	(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD:	MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD:	MEXICANA
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:	
LUGAR:		CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER:	INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO:	
UBICACION:		ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:			
CAUSAS DE LA MUERTE:			
TIPO DE DEFUNCION: NATURAL			
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:			
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:			
DOMICILIO:			
DECLARANTE			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
TESTIGOS			
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
NOMBRE:		EDAD:	
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:	
DOMICILIO:		OCUPACION:	
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.			

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA

SELLO DE LA OFICIALIA

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA)

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		2. FECHA DE NACIMIENTO Dia _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
5. CURP _____		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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 _____		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Núm. Exterior _____ 10.3 Núm. Interior _____ 10.4 Tipo de asentamiento humano _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACION HABITUAL HOGAR 12.1 Trabajaba Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>	

DE LA DEFUNCION

14.1 Nombre de la unidad médica _____		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUIES) _____					
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Núm. Exterior _____ 15.3 Núm. Interior _____ 15.4 Tipo de asentamiento humano _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.6 Nombre del asentamiento humano _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Dia _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anoté una sola causa en cada renglón. Evile señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 _____		Código CIE _____			

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE _____	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidental <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) _____	
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 Anote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____			

DEL INF.

23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
---	--	---	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input checked="" type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Especifique _____ Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 Municipio o delegación _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACION Dia _____ Mes _____ Año _____	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA _____ Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Dia _____ Mes _____ Año _____	
--	--	---	--

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____		
5. CURP _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/>				
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____	8.2 Semanas de gestación: _____	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía al fallecido (a) _____ 10.1 Nombre de la vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____				
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación _____		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="checkbox"/> Otro lugar <input type="checkbox"/> Hogar <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Nombre de la vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____				
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 _____ Código CIE _____		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (apartamento, etc.) <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Escuela o clínica pública <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____		22.7.1 Tipo de vialidad _____	22.7.2 Nombre de la vialidad _____	
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 delegación _____	22.7.10 Entidad federativa _____
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ _____ _____		
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/> *Especifique _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la _____ _____ _____		
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		28. FIRMA _____ _____ _____		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____		

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

HOMBRE (s) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: NINGUNO

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: EMPLEADO

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS: [REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECCION DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SIGLA DE LA INDEPENDENCIA, G.D.O.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ADQUISICION DE LA DEFUNCION EN LA FEDERACION

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted] (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
5. CURP [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique [Redacted]		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vido(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 [Redacted] 10.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Localidad [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
12. OCUPACION HABITUAL [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		12.1 Trabajaba Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> ISSSTE <input checked="" type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS PROSPERA <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Otra unidad pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Nombre de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 15.3 [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

DE LA DEFUNCION

19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Añote 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) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) d) [Redacted] 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 morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE [Redacted]	
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="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION Código CIE [Redacted]	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> Área deportiva <input type="checkbox"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> Área comercial o de servicio <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]		23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]	

DEL INF

24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
--	--

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico* <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Autoridad civil* <input type="checkbox"/> Otro* <input type="checkbox"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MEDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		29. DOMICILIO y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad [Redacted] 29.2 Nombre de la vialidad [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 [Redacted] 29.7 Código Postal [Redacted] 29.8 Localidad [Redacted]	
29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]		30. FECHA DE CERTIFICACION Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]	

Art. 110 29.9 Municipio o delegación [Redacted] 29.10 Entidad federativa [Redacted] 29.11 Teléfono [Redacted]		31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 31.1 Localidad [Redacted] Fracc. I LFTAIPI	
---	--	---	--



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

3413



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
SELO DE LA OFICIALIA
MUNICIPAL DE TAMPICO, GTO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2018-2019



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



345

OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO

LIBRO ACTA No. LOCALIDAD
MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

FINADO
NOMBRE: SEXO: HOMBRE MUJER
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO: (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)
DOMICILIO HABITUAL: (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL:
NOMBRE DEL CONYUGE NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: HORA:
LUGAR: CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTZON O CREMATORIO:
UBICACION: ORDEN NO.:
DONDE FALLECIO:
CAUSAS DE LA MUERTE: A) B) C)
TIPO DE DEFUNCION:
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:
DOMICILIO:

DECLARANTE
NOMBRE: EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:
DOMICILIO: OCUPACION:

TESTIGOS
NOMBRE: EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:
DOMICILIO: OCUPACION:
NOMBRE: EDAD:
NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO:
DOMICILIO: OCUPACION:

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
FIRMA





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE [REDACTED] MUJER [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 09:30

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: 170289750

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] TITULO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]	
3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	4. ESTATO CIVIL Casado <input type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/>
5. CURP [Redacted]	
6. RAZA O ETNIA [Redacted]	
7. NACIONALIDAD mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA [Redacted]	
9. ESTADO CIVIL [Redacted]	
10. PUESTO DE TRABAJO [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD [Redacted]	
12. OCUPACION HABITUAL [Redacted]	
13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]	
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 14 A 54 AÑOS	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL Y VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR	
26. FIRMA	
27. NOMBRE	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
31. LOCALIDAD	
32. ESTADO DE REPÚBLICA	
33. LOCALIDAD	

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]
3. SEXO [Redacted]
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]
5. CURP [Redacted]
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI [Redacted]
7. NACIONALIDAD Mexicana [Redacted]
8. EDAD CUMPLIDA [Redacted]
9. ESTADO CONYUGAL Casado(a) [Redacted]
10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]
11. ESCOLARIDAD [Redacted]
12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD ISSSTE [Redacted]
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI [Redacted]
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI [Redacted]
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón)
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.
a) [Redacted]
b) [Redacted]
c) [Redacted]
d) [Redacted]
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo [Redacted]
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI [Redacted]
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI [Redacted]
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
22.1 Fue un presunto: Accidente [Redacted]
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI [Redacted]
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular [Redacted]
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a) [Redacted]
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]

DEL INF.

23. NOMBRE [Redacted]
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL CERTIFICANTE

25. CERTIFICADA POR: Médico tratante [Redacted]
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: SI [Redacted]
27. NOMBRE [Redacted]
28. FIRMA [Redacted]
29. DOMICILIO Y TELÉFONO [Redacted]
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN [Redacted]

Art 110

Fracc. V LFTIA VII LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
32.1 Localidad [Redacted]

Art 113 Mes Año

Fracc. I LFTIA

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: _____ FECHA DE REGISTRO: _____
LIBRO: _____ FOLIO: _____
MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____
ENTIDAD FEDERATIVA: _____ FINADO: _____

NOMBRE: _____ SEXO: _____
NOMBRE(S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____

LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: _____

UBICACION: _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: A) _____
B) _____
C) _____

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____

DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____ OCUPACION: _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL _____ FIRMA _____

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELO DE LA OFICINA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
CUALA DE INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

INTERESADO

LFTAIP

Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	4. ENTIDAD DE NAC.
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN HABITUAL		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		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?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		27. NOMBRE		28. FIRMA	
29. DOMICILIO y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		31.1 Acta Núm.		32.1 Libro Núm.	





352

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN
OFICIO NÚMERO:

[REDACTED]

ASUNTO: El que se indica

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL
P R E S E N T E.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo [REDACTED] que falleció sobre [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó: [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

[REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 38 AÑOS MESES --- DIAS --- HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) ESTADO CIVIL: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS
[REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

EN LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED] FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELLO DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, GTO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> 9 Masculino <input checked="" type="radio"/> 1 Femenino <input type="radio"/> 2	4. ENTIDAD Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____
	5. CURP _____	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 8	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 8	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 _____ Se ignora <input type="radio"/> 9
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Divorciado(a) <input checked="" type="radio"/> 2 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 8	10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		
	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	13. AFILIACIÓN 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 DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CIUES) _____ Via pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 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 delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____	16. FECHA MUERTE DEL FALLECIDO Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE _____
	21. SI LA DEFUNCIÓN 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		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
	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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 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"/> 8	
	22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____			
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____				

DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
	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 *Especifique _____	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	27. NOMBRE _____

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAI P Motivación 1 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD LFTAI P Motivación 2 Art. 113 Fracc. I LFTAI P Motivación 2

CERTIFICADO DE DEFUNCION
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170288160

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

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSICION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) _____ 2. FECHA DE NACIMIENTO _____ 3. SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino 4. ENTI _____ 5. CURP _____ 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 9 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 Años cumplidos _____ 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____ 9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____ 10.1 Nombre de la vialidad _____ 10.2 Nombre de la vialidad _____ 10.3 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____ 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input checked="" 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 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12. ¿TRABAJABA? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 13. AFILIACION A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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 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 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____ 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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Nombre de la unidad médica _____ 14.3 Nombre de la unidad médica _____ 14.4 Nombre de la unidad médica _____ 14.5 Nombre de la unidad médica _____ 14.6 Nombre de la unidad médica _____ 14.7 Nombre de la unidad médica _____ 14.8 Nombre de la unidad médica _____ 14.9 Nombre de la unidad médica _____ 14.10 Nombre de la unidad médica _____ 14.11 Nombre de la unidad médica _____ 14.12 Nombre de la unidad médica _____ 14.13 Nombre de la unidad médica _____ 14.14 Nombre de la unidad médica _____ 14.15 Nombre de la unidad médica _____ 14.16 Nombre de la unidad médica _____ 14.17 Nombre de la unidad médica _____ 14.18 Nombre de la unidad médica _____ 14.19 Nombre de la unidad médica _____ 14.20 Nombre de la unidad médica _____ 14.21 Nombre de la unidad médica _____ 14.22 Nombre de la unidad médica _____ 14.23 Nombre de la unidad médica _____ 14.24 Nombre de la unidad médica _____ 14.25 Nombre de la unidad médica _____ 14.26 Nombre de la unidad médica _____ 14.27 Nombre de la unidad médica _____ 14.28 Nombre de la unidad médica _____ 14.29 Nombre de la unidad médica _____ 14.30 Nombre de la unidad médica _____ 14.31 Nombre de la unidad médica _____ 14.32 Nombre de la unidad médica _____ 14.33 Nombre de la unidad médica _____ 14.34 Nombre de la unidad médica _____ 14.35 Nombre de la unidad médica _____ 14.36 Nombre de la unidad médica _____ 14.37 Nombre de la unidad médica _____ 14.38 Nombre de la unidad médica _____ 14.39 Nombre de la unidad médica _____ 14.40 Nombre de la unidad médica _____ 14.41 Nombre de la unidad médica _____ 14.42 Nombre de la unidad médica _____ 14.43 Nombre de la unidad médica _____ 14.44 Nombre de la unidad médica _____ 14.45 Nombre de la unidad médica _____ 14.46 Nombre de la unidad médica _____ 14.47 Nombre de la unidad médica _____ 14.48 Nombre de la unidad médica _____ 14.49 Nombre de la unidad médica _____ 14.50 Nombre de la unidad médica _____ 14.51 Nombre de la unidad médica _____ 14.52 Nombre de la unidad médica _____ 14.53 Nombre de la unidad médica _____ 14.54 Nombre de la unidad médica _____ 14.55 Nombre de la unidad médica _____ 14.56 Nombre de la unidad médica _____ 14.57 Nombre de la unidad médica _____ 14.58 Nombre de la unidad médica _____ 14.59 Nombre de la unidad médica _____ 14.60 Nombre de la unidad médica _____ 14.61 Nombre de la unidad médica _____ 14.62 Nombre de la unidad médica _____ 14.63 Nombre de la unidad médica _____ 14.64 Nombre de la unidad médica _____ 14.65 Nombre de la unidad médica _____ 14.66 Nombre de la unidad médica _____ 14.67 Nombre de la unidad médica _____ 14.68 Nombre de la unidad médica _____ 14.69 Nombre de la unidad médica _____ 14.70 Nombre de la unidad médica _____ 14.71 Nombre de la unidad médica _____ 14.72 Nombre de la unidad médica _____ 14.73 Nombre de la unidad médica _____ 14.74 Nombre de la unidad médica _____ 14.75 Nombre de la unidad médica _____ 14.76 Nombre de la unidad médica _____ 14.77 Nombre de la unidad médica _____ 14.78 Nombre de la unidad médica _____ 14.79 Nombre de la unidad médica _____ 14.80 Nombre de la unidad médica _____ 14.81 Nombre de la unidad médica _____ 14.82 Nombre de la unidad médica _____ 14.83 Nombre de la unidad médica _____ 14.84 Nombre de la unidad médica _____ 14.85 Nombre de la unidad médica _____ 14.86 Nombre de la unidad médica _____ 14.87 Nombre de la unidad médica _____ 14.88 Nombre de la unidad médica _____ 14.89 Nombre de la unidad médica _____ 14.90 Nombre de la unidad médica _____ 14.91 Nombre de la unidad médica _____ 14.92 Nombre de la unidad médica _____ 14.93 Nombre de la unidad médica _____ 14.94 Nombre de la unidad médica _____ 14.95 Nombre de la unidad médica _____ 14.96 Nombre de la unidad médica _____ 14.97 Nombre de la unidad médica _____ 14.98 Nombre de la unidad médica _____ 14.99 Nombre de la unidad médica _____ 14.100 Nombre de la unidad médica _____ 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION _____ 15.1 Nombre de la vialidad _____ 15.2 Nombre de la vialidad _____ 15.3 Nombre de la vialidad _____ 15.4 Nombre de la vialidad _____ 15.5 Nombre de la vialidad _____ 15.6 Nombre de la vialidad _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____ 16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION _____ 16.1 Fecha _____ 16.2 Hora _____ 17. ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESION ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 19. CAUSAS DE LA DEFUNCION (Anote una sola causa en cada sección. Escriba en letra mayúscula y sin abreviaturas.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo 20. CAUSA BASICA DE DEFUNCION CIE _____ 21. SI LA DEFUNCION CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 AÑOS O MÁS 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 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (asilo, escuela, etc.) <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="radio"/> 4 Espacio público <input type="radio"/> 3 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto presunto con el(los) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____ 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____ 23. NOMBRE _____ 23.1 Nombre _____ 23.2 Primer Apellido _____ 23.3 Segundo Apellido _____ 24. RELACION CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ 25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input checked="" type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 26. SI EL CERTIFICANTE ES _____ 26.1 Nombre _____ 26.2 Número de la _____ 26.3 Firma _____ 27. NOMBRE _____ 28. DOMICILIO Y TELÉFONO _____ 28.1 Nombre de la vialidad _____ 28.2 Nombre de la vialidad _____ 28.3 Nombre de la vialidad _____ 28.4 Nombre de la vialidad _____ 28.5 Nombre de la vialidad _____ 28.6 Nombre de la vialidad _____ 28.7 Nombre de la vialidad _____ 28.8 Nombre de la vialidad _____ 28.9 Nombre de la vialidad _____ 28.10 Nombre de la vialidad _____ 28.11 Nombre de la vialidad _____ 28.12 Nombre de la vialidad _____ 28.13 Nombre de la vialidad _____ 28.14 Nombre de la vialidad _____ 28.15 Nombre de la vialidad _____ 28.16 Nombre de la vialidad _____ 28.17 Nombre de la vialidad _____ 28.18 Nombre de la vialidad _____ 28.19 Nombre de la vialidad _____ 28.20 Nombre de la vialidad _____ 28.21 Nombre de la vialidad _____ 28.22 Nombre de la vialidad _____ 28.23 Nombre de la vialidad _____ 28.24 Nombre de la vialidad _____ 28.25 Nombre de la vialidad _____ 28.26 Nombre de la vialidad _____ 28.27 Nombre de la vialidad _____ 28.28 Nombre de la vialidad _____ 28.29 Nombre de la vialidad _____ 28.30 Nombre de la vialidad _____ 28.31 Nombre de la vialidad _____ 28.32 Nombre de la vialidad _____ 28.33 Nombre de la vialidad _____ 28.34 Nombre de la vialidad _____ 28.35 Nombre de la vialidad _____ 28.36 Nombre de la vialidad _____ 28.37 Nombre de la vialidad _____ 28.38 Nombre de la vialidad _____ 28.39 Nombre de la vialidad _____ 28.40 Nombre de la vialidad _____ 28.41 Nombre de la vialidad _____ 28.42 Nombre de la vialidad _____ 28.43 Nombre de la vialidad _____ 28.44 Nombre de la vialidad _____ 28.45 Nombre de la vialidad _____ 28.46 Nombre de la vialidad _____ 28.47 Nombre de la vialidad _____ 28.48 Nombre de la vialidad _____ 28.49 Nombre de la vialidad _____ 28.50 Nombre de la vialidad _____ 28.51 Nombre de la vialidad _____ 28.52 Nombre de la vialidad _____ 28.53 Nombre de la vialidad _____ 28.54 Nombre de la vialidad _____ 28.55 Nombre de la vialidad _____ 28.56 Nombre de la vialidad _____ 28.57 Nombre de la vialidad _____ 28.58 Nombre de la vialidad _____ 28.59 Nombre de la vialidad _____ 28.60 Nombre de la vialidad _____ 28.61 Nombre de la vialidad _____ 28.62 Nombre de la vialidad _____ 28.63 Nombre de la vialidad _____ 28.64 Nombre de la vialidad _____ 28.65 Nombre de la vialidad _____ 28.66 Nombre de la vialidad _____ 28.67 Nombre de la vialidad _____ 28.68 Nombre de la vialidad _____ 28.69 Nombre de la vialidad _____ 28.70 Nombre de la vialidad _____ 28.71 Nombre de la vialidad _____ 28.72 Nombre de la vialidad _____ 28.73 Nombre de la vialidad _____ 28.74 Nombre de la vialidad _____ 28.75 Nombre de la vialidad _____ 28.76 Nombre de la vialidad _____ 28.77 Nombre de la vialidad _____ 28.78 Nombre de la vialidad _____ 28.79 Nombre de la vialidad _____ 28.80 Nombre de la vialidad _____ 28.81 Nombre de la vialidad _____ 28.82 Nombre de la vialidad _____ 28.83 Nombre de la vialidad _____ 28.84 Nombre de la vialidad _____ 28.85 Nombre de la vialidad _____ 28.86 Nombre de la vialidad _____ 28.87 Nombre de la vialidad _____ 28.88 Nombre de la vialidad _____ 28.89 Nombre de la vialidad _____ 28.90 Nombre de la vialidad _____ 28.91 Nombre de la vialidad _____ 28.92 Nombre de la vialidad _____ 28.93 Nombre de la vialidad _____ 28.94 Nombre de la vialidad _____ 28.95 Nombre de la vialidad _____ 28.96 Nombre de la vialidad _____ 28.97 Nombre de la vialidad _____ 28.98 Nombre de la vialidad _____ 28.99 Nombre de la vialidad _____ 28.100 Nombre de la vialidad _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO _____ 29.1 Nombre de la vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Nombre de la vialidad _____ 29.4 Nombre de la vialidad _____ 29.5 Nombre de la vialidad _____ 29.6 Nombre de la vialidad _____ 29.7 Nombre de la vialidad _____ 29.8 Nombre de la vialidad _____ 29.9 Nombre de la vialidad _____ 29.10 Nombre de la vialidad _____ 29.11 Nombre de la vialidad _____ 29.12 Nombre de la vialidad _____ 29.13 Nombre de la vialidad _____ 29.14 Nombre de la vialidad _____ 29.15 Nombre de la vialidad _____ 29.16 Nombre de la vialidad _____ 29.17 Nombre de la vialidad _____ 29.18 Nombre de la vialidad _____ 29.19 Nombre de la vialidad _____ 29.20 Nombre de la vialidad _____ 29.21 Nombre de la vialidad _____ 29.22 Nombre de la vialidad _____ 29.23 Nombre de la vialidad _____ 29.24 Nombre de la vialidad _____ 29.25 Nombre de la vialidad _____ 29.26 Nombre de la vialidad _____ 29.27 Nombre de la vialidad _____ 29.28 Nombre de la vialidad _____ 29.29 Nombre de la vialidad _____ 29.30 Nombre de la vialidad _____ 29.31 Nombre de la vialidad _____ 29.32 Nombre de la vialidad _____ 29.33 Nombre de la vialidad _____ 29.34 Nombre de la vialidad _____ 29.35 Nombre de la vialidad _____ 29.36 Nombre de la vialidad _____ 29.37 Nombre de la vialidad _____ 29.38 Nombre de la vialidad _____ 29.39 Nombre de la vialidad _____ 29.40 Nombre de la vialidad _____ 29.41 Nombre de la vialidad _____ 29.42 Nombre de la vialidad _____ 29.43 Nombre de la vialidad _____ 29.44 Nombre de la vialidad _____ 29.45 Nombre de la vialidad _____ 29.46 Nombre de la vialidad _____ 29.47 Nombre de la vialidad _____ 29.48 Nombre de la vialidad _____ 29.49 Nombre de la vialidad _____ 29.50 Nombre de la vialidad _____ 29.51 Nombre de la vialidad _____ 29.52 Nombre de la vialidad _____ 29.53 Nombre de la vialidad _____ 29.54 Nombre de la vialidad _____ 29.55 Nombre de la vialidad _____ 29.56 Nombre de la vialidad _____ 29.57 Nombre de la vialidad _____ 29.58 Nombre de la vialidad _____ 29.59 Nombre de la vialidad _____ 29.60 Nombre de la vialidad _____ 29.61 Nombre de la vialidad _____ 29.62 Nombre de la vialidad _____ 29.63 Nombre de la vialidad _____ 29.64 Nombre de la vialidad _____ 29.65 Nombre de la vialidad _____ 29.66 Nombre de la vialidad _____ 29.67 Nombre de la vialidad _____ 29.68 Nombre de la vialidad _____ 29.69 Nombre de la vialidad _____ 29.70 Nombre de la vialidad _____ 29.71 Nombre de la vialidad _____ 29.72 Nombre de la vialidad _____ 29.73 Nombre de la vialidad _____ 29.74 Nombre de la vialidad _____ 29.75 Nombre de la vialidad _____ 29.76 Nombre de la vialidad _____ 29.77 Nombre de la vialidad _____ 29.78 Nombre de la vialidad _____ 29.79 Nombre de la vialidad _____ 29.80 Nombre de la vialidad _____ 29.81 Nombre de la vialidad _____ 29.82 Nombre de la vialidad _____ 29.83 Nombre de la vialidad _____ 29.84 Nombre de la vialidad _____ 29.85 Nombre de la vialidad _____ 29.86 Nombre de la vialidad _____ 29.87 Nombre de la vialidad _____ 29.88 Nombre de la vialidad _____ 29.89 Nombre de la vialidad _____ 29.90 Nombre de la vialidad _____ 29.91 Nombre de la vialidad _____ 29.92 Nombre de la vialidad _____ 29.93 Nombre de la vialidad _____ 29.94 Nombre de la vialidad _____ 29.95 Nombre de la vialidad _____ 29.96 Nombre de la vialidad _____ 29.97 Nombre de la vialidad _____ 29.98 Nombre de la vialidad _____ 29.99 Nombre de la vialidad _____ 29.100 Nombre de la vialidad _____ 30. FECHA DE CERTIFICACION _____ 30.1 Fecha _____ 30.2 Hora _____ 31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.5 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.6 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.7 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.8 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.9 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.10 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.11 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.12 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.13 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.14 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.15 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.16 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.17 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.18 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.19 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.20 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.21 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.22 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.23 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.24 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.25 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.26 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.27 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.28 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.29 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.30 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.31 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.32 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.33 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.34 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.35 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.36 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.37 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.38 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.39 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.40 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.41 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.42 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.43 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.44 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.45 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.46 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.47 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.48 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.49 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.50 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.51 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.52 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.53 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.54 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.55 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.56 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.57 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.58 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.59 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.60 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.61 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.62 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.63 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.64 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.65 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.66 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.67 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.68 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.69 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.70 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.71 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.72 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.73 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.74 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.75 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.76 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.77 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.78 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.79 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.80 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.81 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.82 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.83 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.84 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.85 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.86 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.87 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.88 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.89 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.90 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.91 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.92 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.93 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.94 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.95 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.96 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.97 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.98 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.99 Día _____ Mes _____ Año _____ 32.100 Día _____ Mes _____ Año _____	
--	--



ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



357

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UANIDAD INTEGRAL 3.

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]
OFICIO NÚM. [REDACTED]

ASUNTO: Se solicita registro de defunción.

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
P R E S E N T E.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo [REDACTED] que falleció sobre la [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad: [REDACTED]

Estado Civil: [REDACTED]

Originario: [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 3.
del Distrito Judicial de HIDALGO.



[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

H. COLEGIO

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

358



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	
FINADO	
NOMBRE: [REDACTED]	SEXO: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]	ESTADO CIVIL: [REDACTED]
NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]	NACIONALIDAD: MEXICANA
FALLECIMIENTO	
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]	HORA: [REDACTED]
LUGAR: VIA PUBLICA	CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: MUNICIPAL
UBICACION: [REDACTED]	ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: [REDACTED]	
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]	
B) [REDACTED]	
C) [REDACTED]	
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]	
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]	
DOMICILIO: [REDACTED]	
DECLARANTE	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS	
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]
NACIONALIDAD: MEXICANA	PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES	
[REDACTED]	

FIRMAS

TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DID LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL EN JEFE DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

H. AYUNTAMIENTO
DEL GOBIERNO MUNICIPAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]
2. SEXO [Redacted] 4. ENTIDAD [Redacted]
5. CURP [Redacted] 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Mexicana 1 Se ignora 9
8. EDAD CUMPLIDA [Redacted] 9. ESTADO CONYUGAL [Redacted]
10. RESIDENCIA HABITUAL [Redacted]

DE LA DEFUNCIÓN

11. ESCOLARIDAD [Redacted] 12. OCUPACIÓN HABITUAL [Redacted]
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD [Redacted] 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted]
15. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? [Redacted] 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? [Redacted]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN [Redacted] 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS [Redacted] 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE [Redacted] 23. Sitio donde ocurrió la lesión [Redacted] 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]

DEL INF.

25. CERTIFICADA POR [Redacted] 26. [Redacted] 27. NOMBRE [Redacted] 28. FIRMA [Redacted] 29. DOMICILIO y TELEFONO [Redacted] 30. FECHA DE CERTIFICACION [Redacted]

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted] 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted] 32.1 Localidad [Redacted] 31.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 31.3 Entidad federativa [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 31.4 Día Mes Año [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]

360



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
UNIDAD INTEGRAL 3

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]
OFICIO NÚM.: [REDACTED]
ASUNTO: [REDACTED]

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL,
P R E S E N T E.

Por medio del presente solicito a Usted, se sirva registrar la defunción de la persona del sexo [REDACTED] que falleció sobre la [REDACTED]

Nombre [REDACTED]

Edad: [REDACTED]

Ocupación: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Padres: [REDACTED]

Nacionalidad [REDACTED]

Estado Civil [REDACTED]

Originario [REDACTED]

Instrucción: [REDACTED]

Lugar del deceso: [REDACTED]

Fecha del deceso: [REDACTED]

Causa de Muerte: [REDACTED]

Médico que dictaminó [REDACTED]

Lugar de inhumación: [REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes a que haya lugar.

Atentamente
Ministerio Público de INTEGRAL 3.

[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSLER Y LA VOLSKSWAGEN

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		2. FECHA DE NACIMIENTO Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> O <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) Guerrero	
5. CURP [Redacted]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique		Se ignora <input type="radio"/> O <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] O <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]							
10.3 Núm. Exterior [Redacted]		10.4 Núm. Interior [Redacted]		10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
10.7 Código Postal [Redacted]		10.8 Localidad [Redacted]		10.9 Municipio o delegación [Redacted]		10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> O <input type="radio"/>		12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PÉMEX <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		13.2 Tipo de unidad médica Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		13.3 Nombre de la unidad médica [Redacted]	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PÉMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]		14.2 Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) [Redacted]		14.3 Tipo de lugar Vía pública <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted] [Redacted]							
15.3 Núm. Exterior [Redacted]		15.4 Núm. Interior [Redacted]		15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted]		15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]	
15.7 Código Postal [Redacted]		15.8 Localidad [Redacted]		15.9 Municipio o delegación [Redacted]		15.10 Entidad federativa [Redacted]	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted] Horas [Redacted] Minutos [Redacted]				17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anota 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) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted] Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa conllevada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 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 [Redacted] Código CIE [Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		21.2. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3. ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número [Redacted]		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]					
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vía/lugar [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vía/lugar [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]							
23. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]				24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]			
25. CERTIFICADA POR 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 Número de la cédula profesional [Redacted]		27. NOMBRE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		28. FIRMA [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vía/lugar [Redacted] 29.2 Nombre de la vía/lugar [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Localidad [Redacted] 29.8 Municipio o delegación [Redacted] 29.9 Entidad federativa [Redacted] 29.10 Teléfono [Redacted]		29.9 Municipio o delegación [Redacted]		29.10 Entidad federativa [Redacted]		29.11 Teléfono [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. [Redacted] Libro Núm. [Redacted]				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]			

364

LOS DATOS PERSONALES SON PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año [Redacted]		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
3. SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
6. CURP [Redacted]		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Vuelto(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Horas Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas Minutos [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Anota el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) 10.1 Tipo de vivienda [Redacted] 10.2 No. de la vivienda [Redacted] 10.3 Núm. Exterior [Redacted] 10.4 Núm. Interior [Redacted] 10.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 10.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 10.7 Código Postal [Redacted] 10.8 Localidad [Redacted] 10.9 Municipio o delegación [Redacted] 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) [Redacted]	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora <input type="checkbox"/> 11.2 Semanas de gestación [Redacted] 11.3 Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación [Redacted]		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Unidad médica pública <input type="checkbox"/> Unidad médica privada <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted] 14.2 Clave única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Redacted]	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda [Redacted] 15.2 No. de la vivienda [Redacted] 15.3 Núm. Exterior [Redacted] 15.4 Núm. Interior [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 15.7 Código Postal [Redacted] 15.8 Localidad [Redacted] 15.9 Municipio o delegación [Redacted] 15.10 Entidad federativa [Redacted]		16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar en 3 o más causas en cada renglón. Evite escribir morales de muerte - ejemplo: para cardíaco, resaca, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] b) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] c) [Redacted] Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] d) [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moroso que la produjo [Redacted]	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="checkbox"/> El parto <input type="checkbox"/> El puerperio <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="checkbox"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área Industrial (taller, fábrica u otra) <input type="checkbox"/> Vivienda particular <input type="checkbox"/> Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="checkbox"/> Escuela u otra institución pública <input type="checkbox"/> Área de recreación (parque, campo de deportes) <input type="checkbox"/> Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	
22.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con el(los) fallecido(s) [Redacted]		22.5 La defunción fue registrada en el Registro Público con el acta número: [Redacted]	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias y motivos en que se produjo la lesión o el presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 No. de la vivienda [Redacted] 22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted] 22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted] 22.7.9 Municipio o delegación [Redacted] 22.7.10 Entidad federativa [Redacted]	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS			
DEL INF.		DEL CERTIFICANTE	
23. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) [Redacted] Primer Apellido [Redacted] Segundo Apellido [Redacted]		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) [Redacted]	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="checkbox"/> Médico legista <input type="checkbox"/> Otro médico <input type="checkbox"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud: Autoridad civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar [Redacted]		26. SI EL CERTIFICANTE ES UN MÉDICO Número de la cédula profesional [Redacted]	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE [Redacted]		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE 29.1 Tipo de vivienda [Redacted] 29.2 Nombre de la vivienda [Redacted] 29.3 Núm. Exterior [Redacted] 29.4 Núm. Interior [Redacted] 29.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 29.6 Núm. del asentamiento humano [Redacted] 29.7 Localidad [Redacted] 29.8 Municipio o delegación [Redacted] 29.9 Entidad federativa [Redacted] 29.10 Teléfono [Redacted]		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año [Redacted]	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Hum. [Redacted] Libro Núm. [Redacted] 31.1 Acta Núm. [Redacted]		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad [Redacted] 32.2 Municipio o delegación [Redacted] 32.3 Entidad federativa [Redacted] 32.4 Día Mes Año [Redacted]	
DEL REG. CIVIL			

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO	
LIBRO	ACTA No.	LOCALIDAD
MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA
FINADO		
NOMBRE:		SEXO:
NOMBRE(S)	(PRIMER APELLIDO)	(SEGUNDO APELLIDO)
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NACIONALIDAD:
	AÑOS MESES DIAS HORAS	MEXICANA
LUGAR DE NACIMIENTO:		MEXICO
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
DOMICILIO HABITUAL:		ESTADO CIVIL:
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR)		
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)
NOMBRE DEL CONYUGE		NACIONALIDAD:
NOMBRE DEL PADRE		NACIONALIDAD:
NOMBRE DE LA MADRE		NACIONALIDAD:
		MEXICANA
		MEXICANA
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:		HORA:
LUGAR:		CERTIFICADO NO.:
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:	
UBICACION:		ANTIGUO MUNICIPAL
DONDE FALLECIO:		ORDEN NO.:
CAUSAS DE LA MUERTE: A)		
B)		
C)		
TIPO DE DEFUNCION:	NATURAL	
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION:		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL:		
DOMICILIO:		
DECLARANTE		
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
TESTIGOS		
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
NOMBRE:		EDAD:
NACIONALIDAD:	MEXICANA	PARENTESCO:
DOMICILIO:		OCUPACION:
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.		

FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LA FRENTE, LEER EL REVERSO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. RESIDENCIA HABITUAL	
11. ESCOLARIDAD		12. ¿TRABAJABA?		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	

DE LA DEFUNCIÓN

17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUÉ ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22.1 Fue un presunto		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.8 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	

DEL INF.

23. NOMBRE		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE	
27. NOMBRE		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	

DEL REG. CIVIL

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad	
31.2 Libro Núm.		32.2 Municipio o delegación	
31.3 Fecha de inscripción		32.3 Entidad federativa	
31.4 Día		32.4 Mes	
31.5 Mes		32.5 Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1

Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

357



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: 86 AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] MEXICO

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED] MEXICO

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS: [REDACTED]

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

SELO DE LA OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ 2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____ 3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> 4. ENTIDAD FEDERATIVA O PAÍS (SI NACIÓ EN EL EXTRANJERO) _____ 5. CURP _____ 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) _____ 11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12. 1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.3 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.7 Código Postal _____ 15.8 Nombre de la localidad _____ 15.9 Municipio o delegación _____ 15.10 Entidad federativa _____ 16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 		DE LA DEFUNCIÓN 19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) _____ b) _____ c) _____ d) _____ Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica e) _____ f) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo g) _____ h) _____ 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____ 21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input checked="" type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(ta) fallecido(a): Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 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 Anote 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 delegación _____ 22.7.10 Entidad federativa _____
DEL INF. 23. NOMBRE _____ 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ DEL CERTIFICANTE 25. CERTIFICADA POR: 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: Número de la cédula profesional _____ 27. NOMBRE _____ 28. FIRMA _____ 29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 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 delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____ 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____ 		
DEL REG. CIVIL 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____ 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 		

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAI

Art. 113
LFTAI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] (NOMBRE(S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE NO. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: [REDACTED]

[REDACTED] (LOCALIDAD) [REDACTED] (MUNICIPIO) [REDACTED] (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO: [REDACTED] DECLARANTE: [REDACTED] TESTIGO: [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL: [REDACTED] FIRMA: [REDACTED]

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA CARR. 1
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

170285872

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSesión DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/>	
5. CURP _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO _____	
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 <u>6</u> <u>9</u> Se ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/>		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL _____ Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____		13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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) _____ b) _____ c) Debido a (a edad, a consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo _____		14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) _____ 18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto _____ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle _____ No. _____ Código Postal _____ Municipio o delegación _____ Entidad federativa _____	
31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: [REDACTED] FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

LIBRO: [REDACTED] ACTA No.: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

FINADO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]

NOMBRE(S): [REDACTED] (PRIMER APELLIDO) [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO) [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS [REDACTED] MESES [REDACTED] DIAS [REDACTED] HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] LOCALIDAD: [REDACTED] MUNICIPIO: [REDACTED] ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED] MEXICO (PAIS)

(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) [REDACTED] ESTADO CIVIL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) A [REDACTED]
B) B [REDACTED]
C) C [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



372

OFICIALIA	FECHA DE REGISTRO
LIBRO	ACTA No.
MUNICIPIO	LOCALIDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS MESES DIAS HORAS NACIONALIDAD: MEXICANA
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED] (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED] (NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR) ESTADO CIVIL: CASADO
 [REDACTED] (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
 NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DEL PADRE: ERNESTO OLIVARES FARIAS NACIONALIDAD: MEXICANA
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: MEXICANA

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
 DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]
 UBICACION: PRIMERA CLASE [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
 B) [REDACTED]
 C) [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: NATURAL
 NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: MEXICANA PARENTESCO: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA

[REDACTED] FIRMA





CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Primer Apellido Segundo Apellido			
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Se ignora <input type="radio"/> <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federal o país (si nació en el extranjero)
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
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		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)			
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.6 Número del asentamiento humano	
10.7 Código Postal 10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación 10.10 Estado federativo o país (si reside en el extranjero)	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. ¿TRABAJABA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			
15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior		15.2 Nombre de la vivienda	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad	
15.9 Municipio o delegación		15.10 Estado federativo o país (si reside en el extranjero)	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: parto complicado, asfexia, etc.)			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> c) <input type="text"/> d) <input type="text"/> Debido a (o como consecuencia de)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN FORENSE PARA EL CASO </div>			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>			
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS			
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
22.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 Anote 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 Código Postal		22.7.7 Localidad	
22.7.8 Municipio o delegación		22.7.9 Estado federativo	
DEL INF.			
23. NOMBRE Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)	
DEL CERTIFICANTE			
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input checked="" 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 Especifique: _____ Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
29.1 Calle		29.2 Tipo de asentamiento humano	
29.3 Localidad		29.4 Municipio o delegación	
29.5 Estado federativo		29.6 Teléfono	
DEL REG. CIVIL			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	
31.1 Acta Núm. _____		32.1 Localidad _____	
32.2 Municipio o delegación _____		32.3 Entidad federativa _____	
32.4 Día _____		32.5 Mes _____	
32.6 Año _____		32.7 Estado federativo _____	

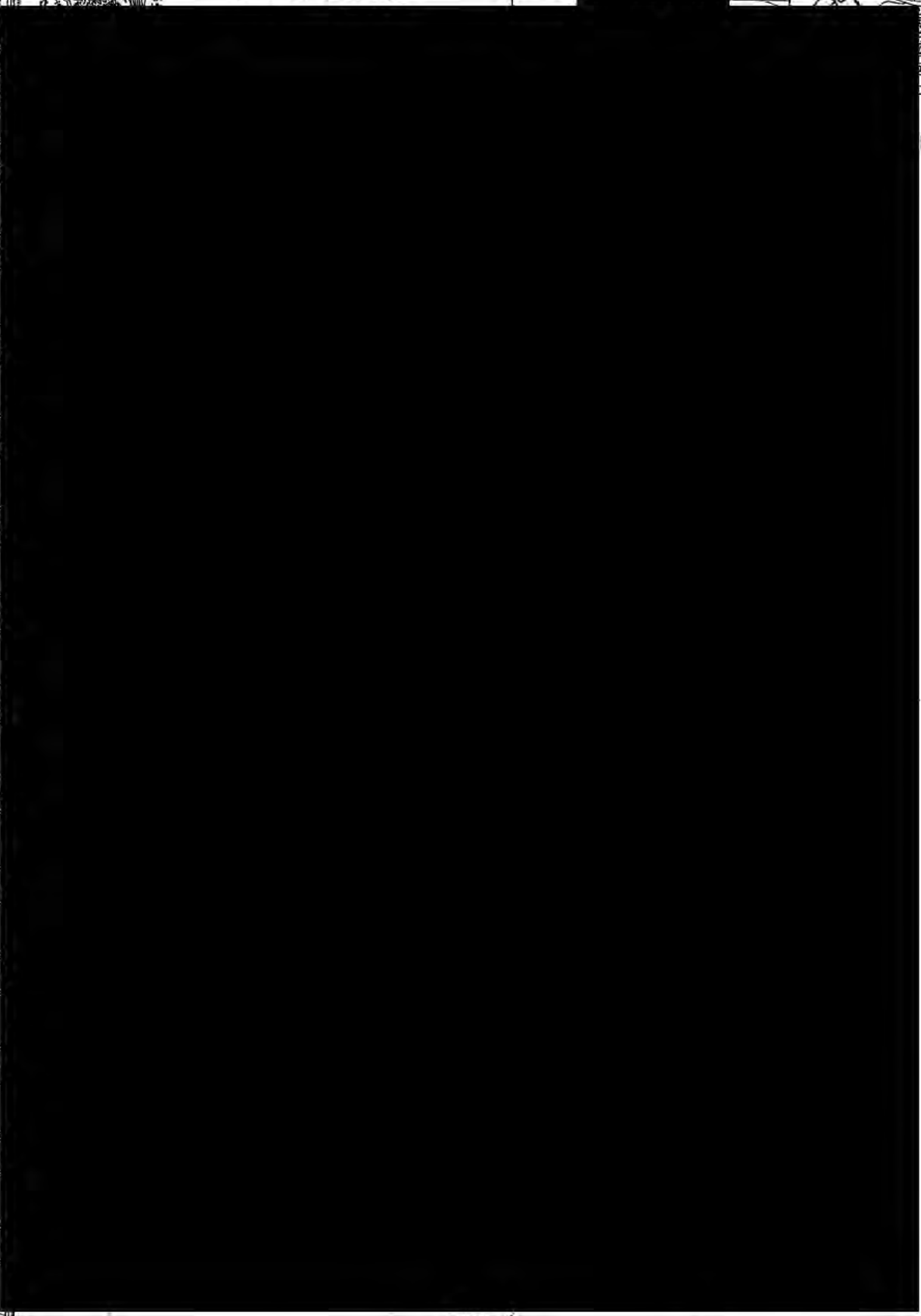
Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP Motivación 1 Art. 113 Fracc. I LFTAIP Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SEDE DE LA OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
 Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Motivación 1

Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 2

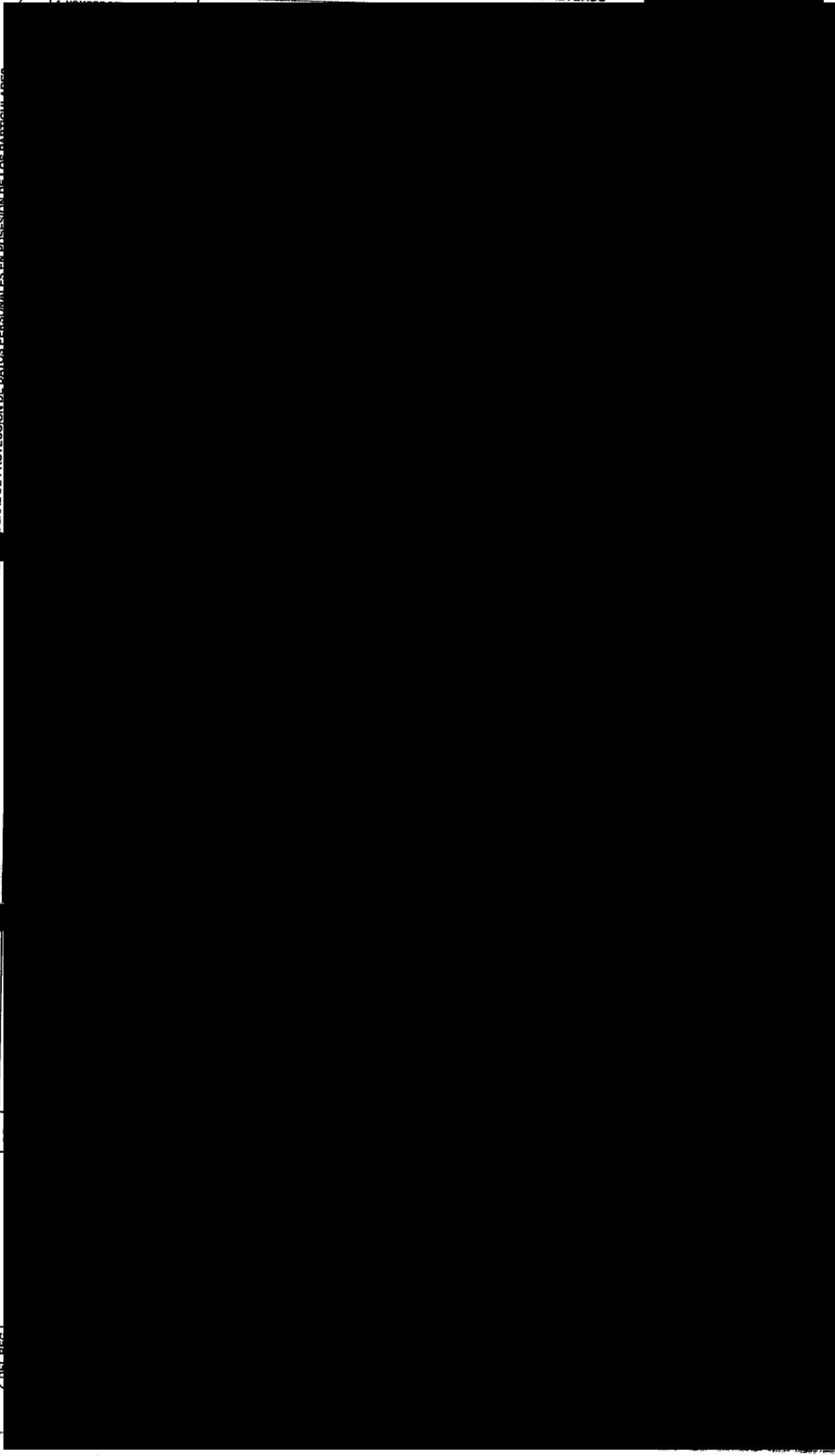


SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

Dr. M

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES





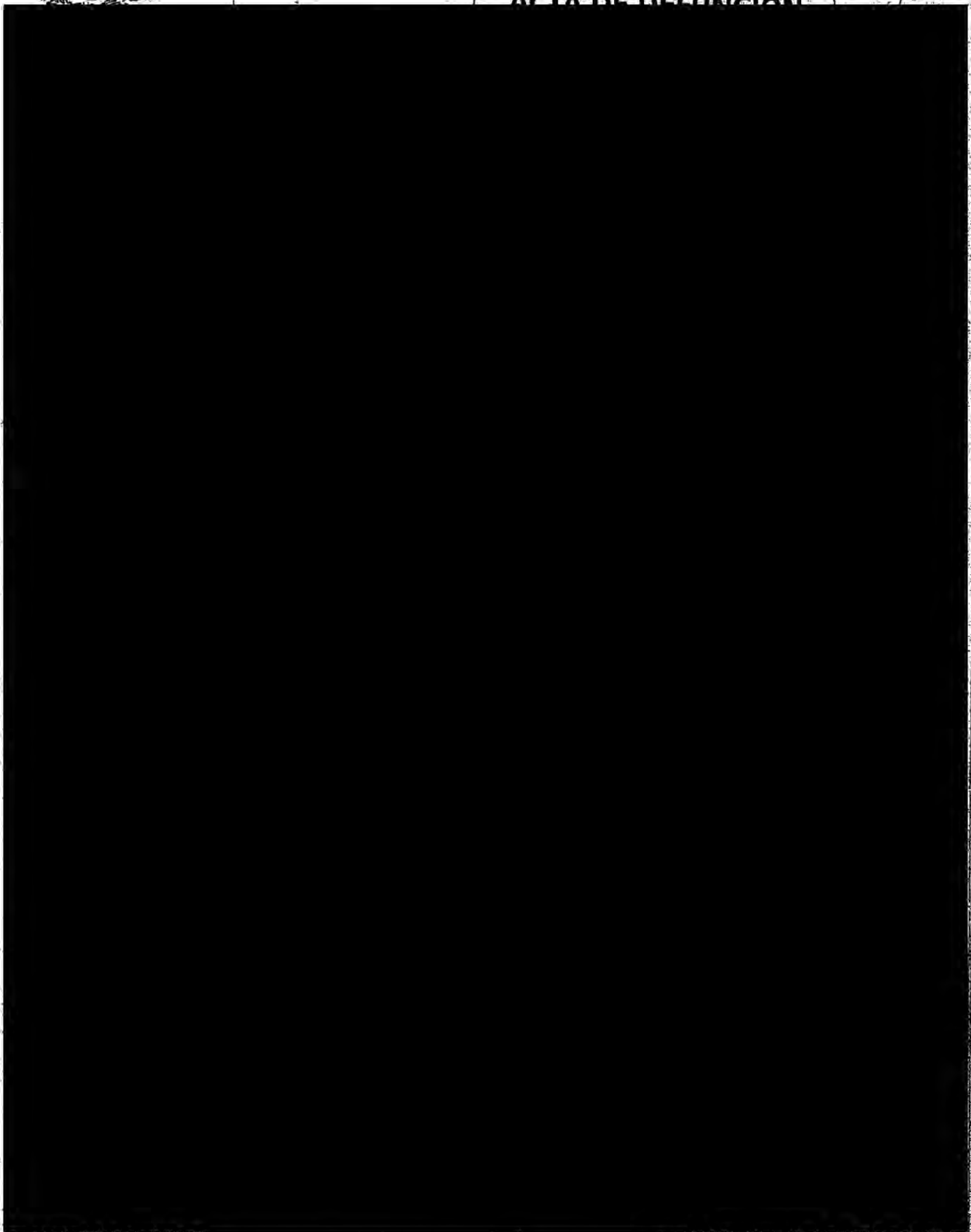
48203117



CDMX

CAPITAL DE MEXICO

ACTA DE DEFUNCION



C. JUEZ DECIMO CUARTO DEL REGISTRO CIVIL

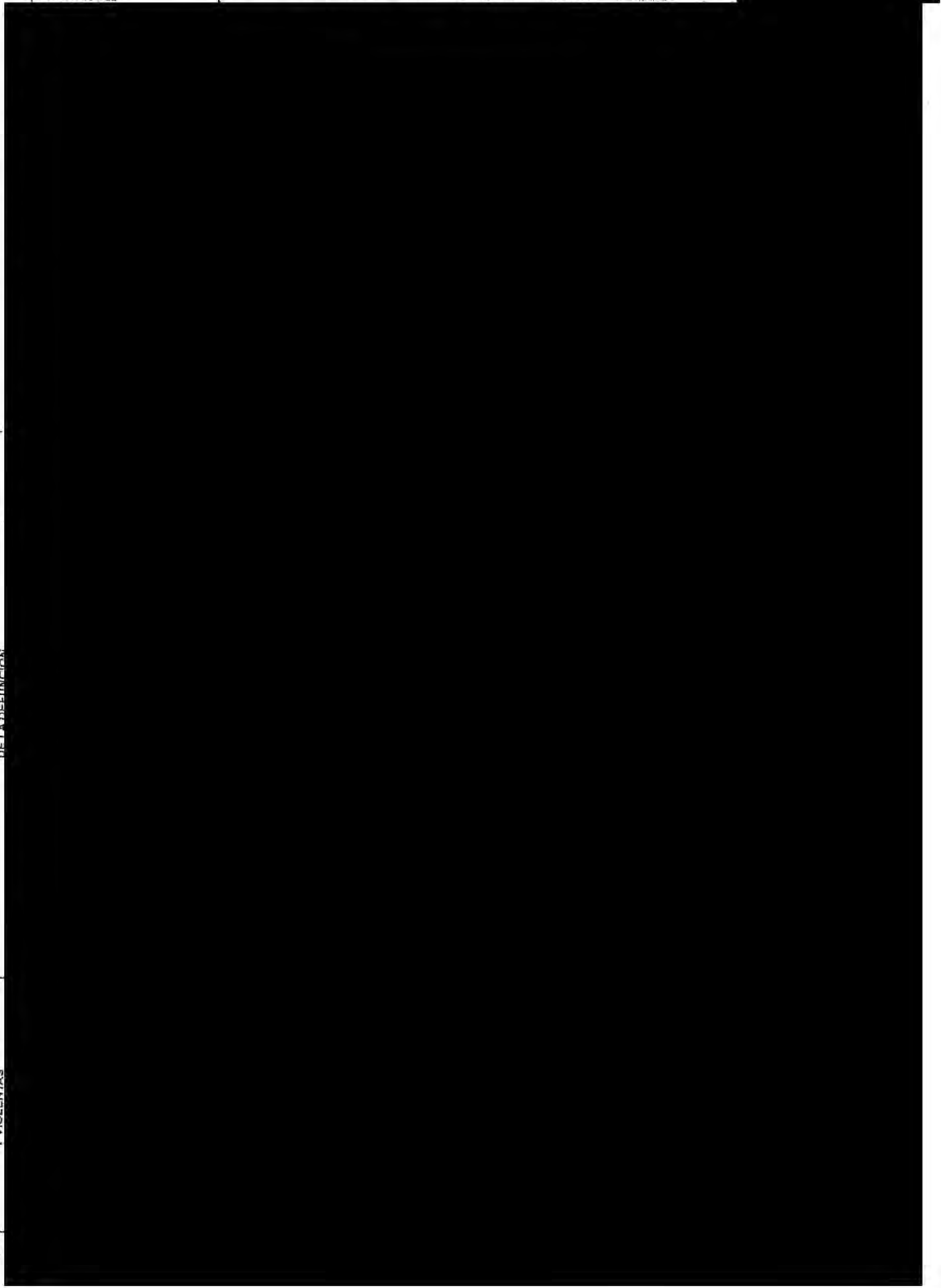
LIC. JUAN SALAZAR ACOSTA





SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL



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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

MUERTES ACCIDENTALES
 Y VIOLENTAS

EL
 NIF.

Art. 110
 Fracc. V, VII
 LFTAIP

Motivación 1

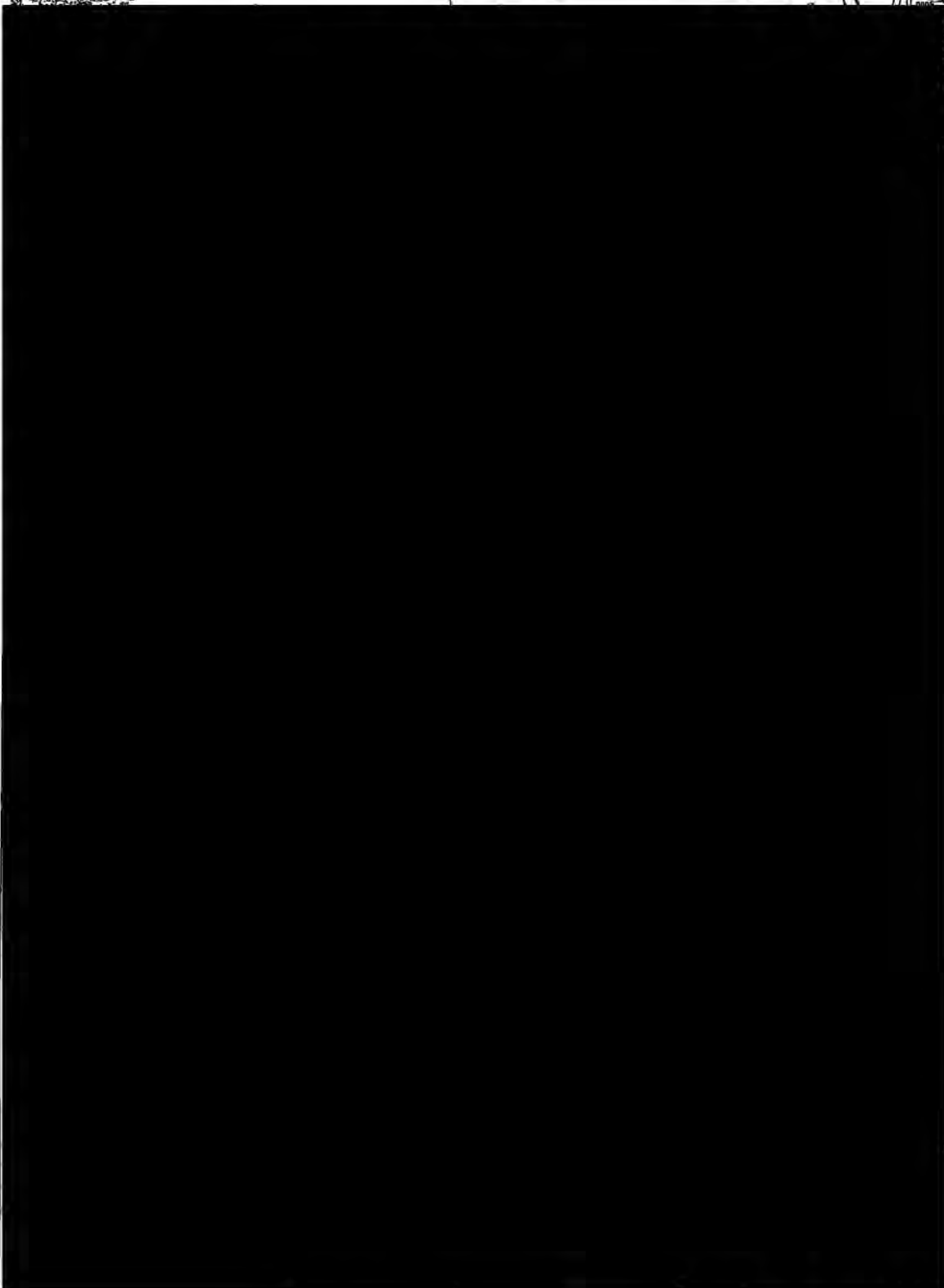
Art. 113
 Fracc. I
 LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



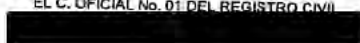
TESTIGO



TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



FIRMA



SELLO DE LA OFICIALIA

CERTIFICADO DE DEFUNCION

ENTREGUE EL ORIGINAL A LA OFICINA REGISTRAL PARA SU REGISTRO Y PARA ESTER EN EL ACTO DE DEFUNCION

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

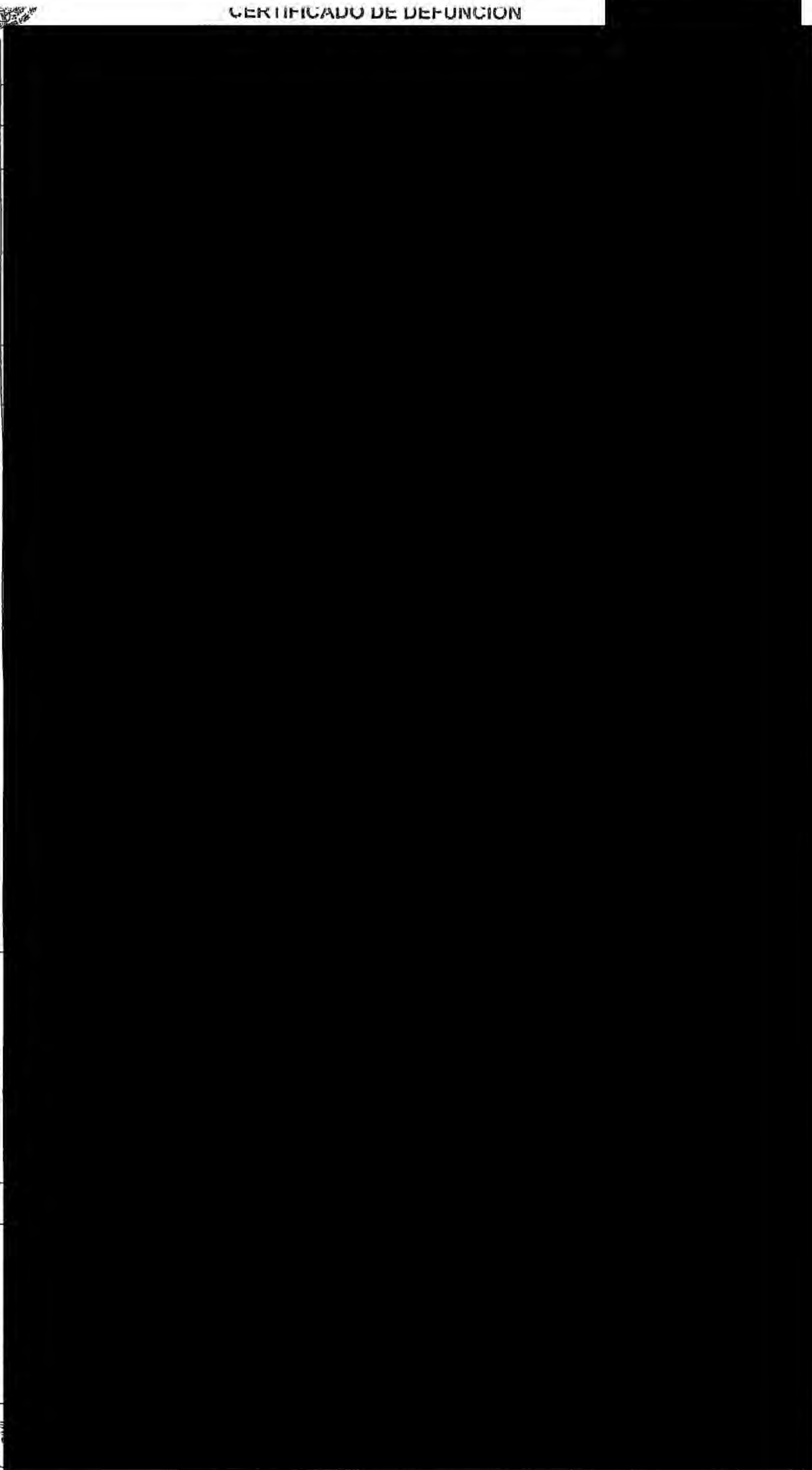
DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



Art. 110 Fracc. V, VII LFTAIP

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

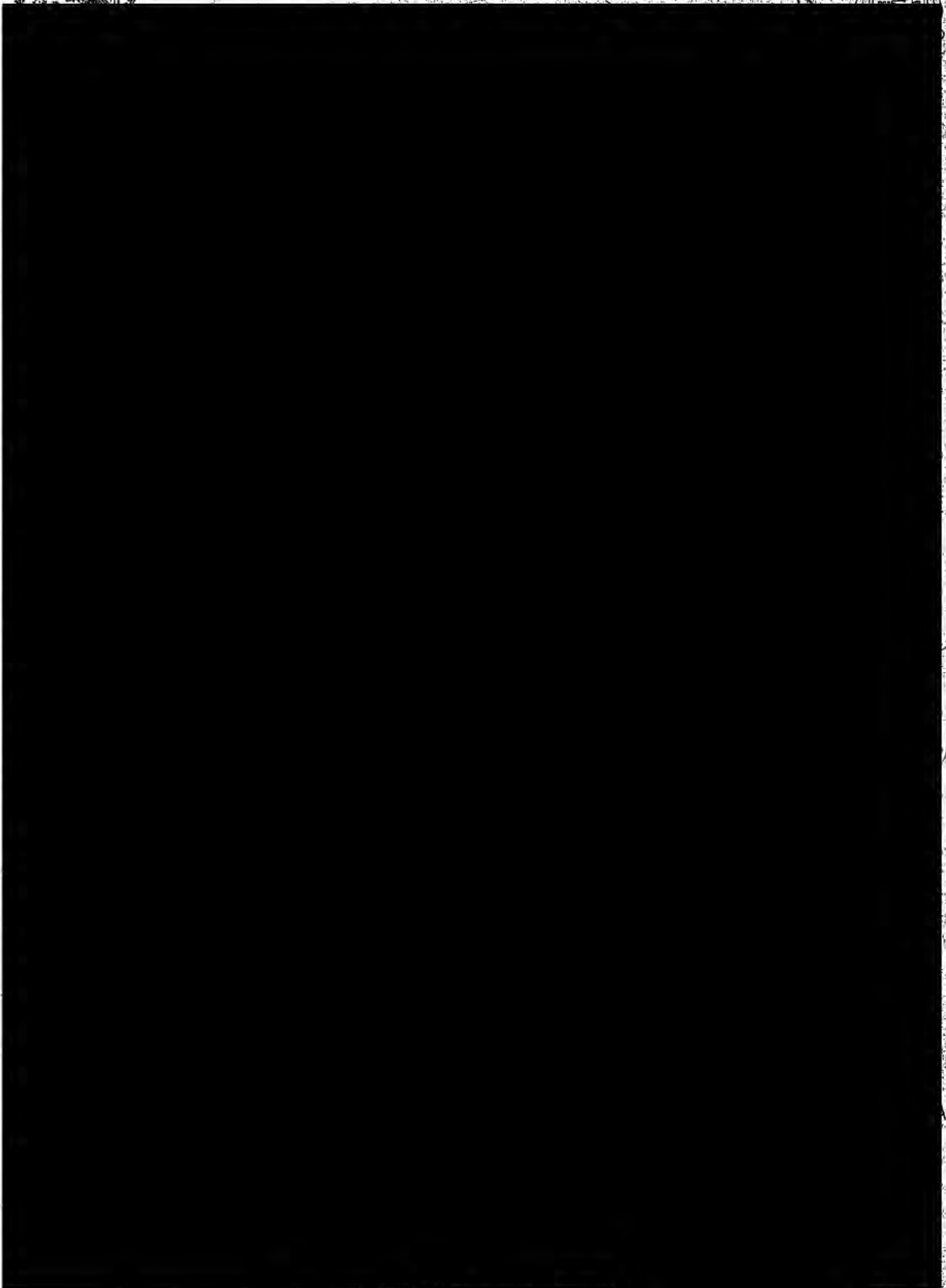
Motivacion 1

Motivacion 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
VAIF391004HGRLZR13



FIRMAS



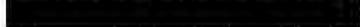
TESTIGO



DECLARANTE

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



FIRMA

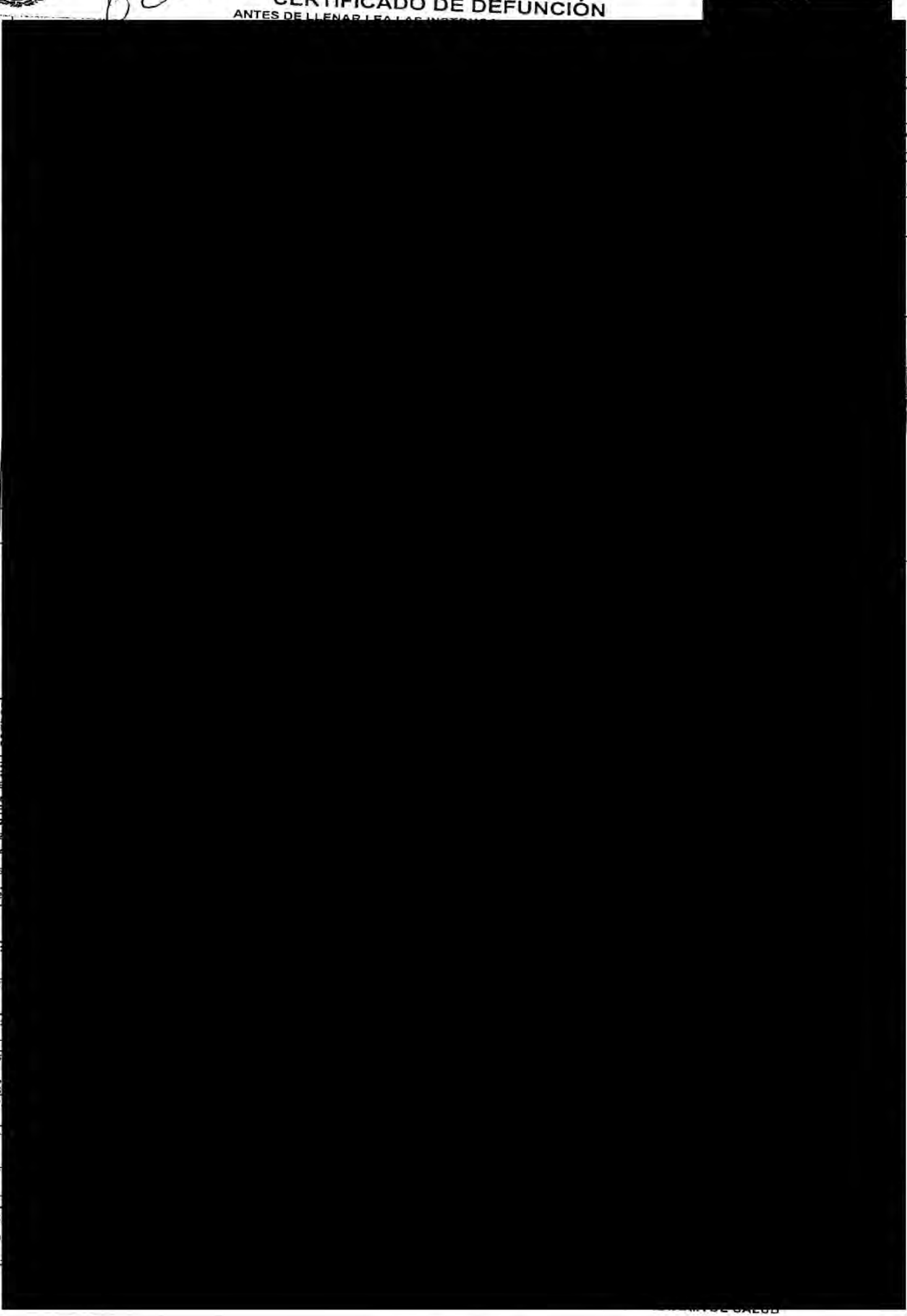


H. AYUNTAMIENTO
SELLO DE LA CIUDAD DE
IGUALA DE LA SIERRA DEPENDENCIA. GOB.
DEL ESTADO DE QUERETARO
REG. CIVIL
2015-2018

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

17027788

DEL REG. CIVIL	31. OF. NÚ. 31.	DEL CERTIFICANTE	27. 29.	DEL INF.	24. 25.	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	21. 22. 23.	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO
----------------	-----------------	------------------	---------	----------	---------	----------------------------------	-------------	-----------------	---------------





CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL REG. CIVIL	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.	MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	DE LA DEFUNCIÓN	DEL FALLECIDO
----------------	------------------	----------	----------------------------------	-----------------	---------------

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2

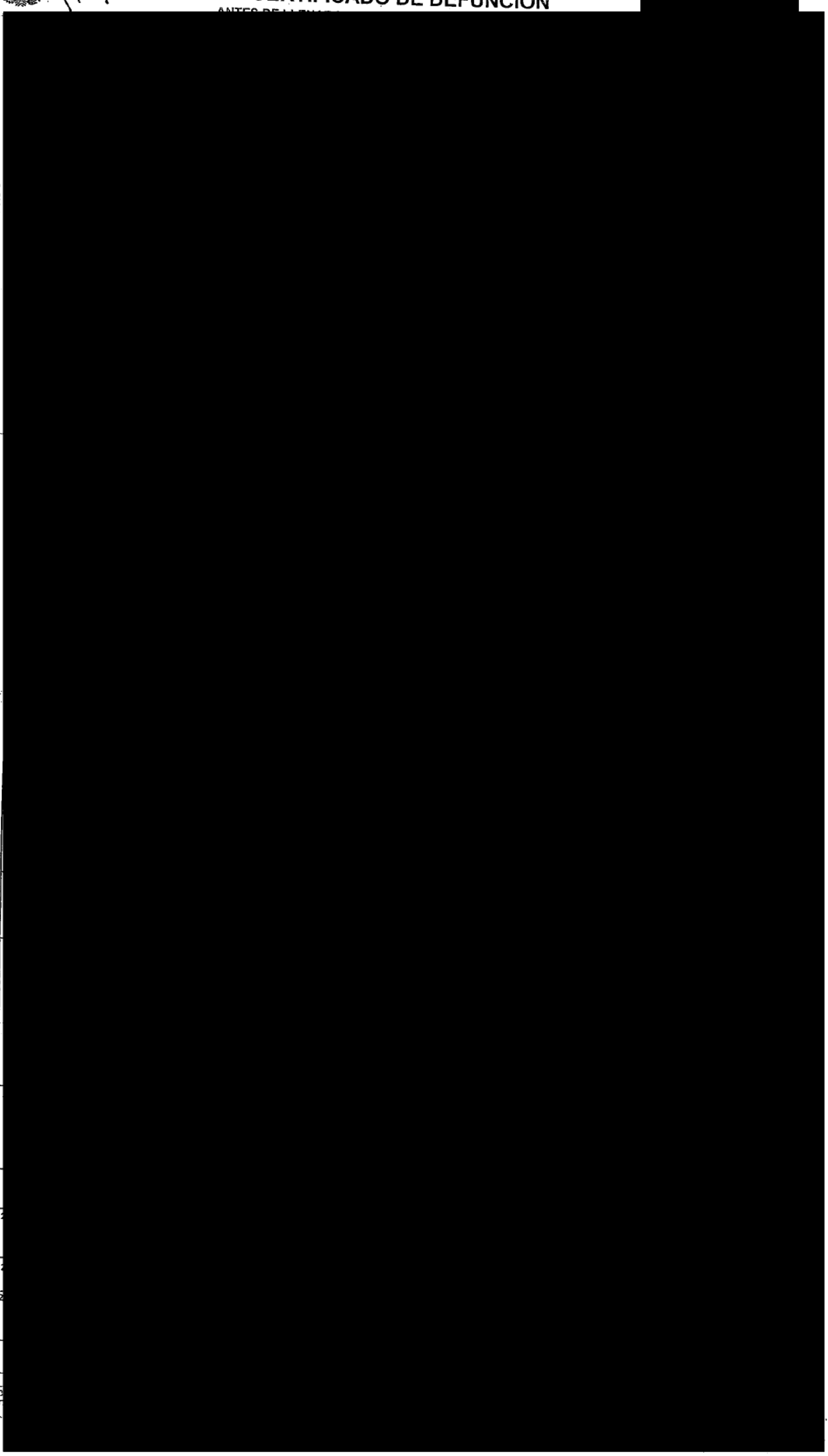
KAN M.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LA DEFUNCIÓN

LOS EXPEDIENTES DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN DISCRECIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL CERTIFICANTE DEL INF. MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DE LA DEFUNCIÓN DEL FALLECIDO



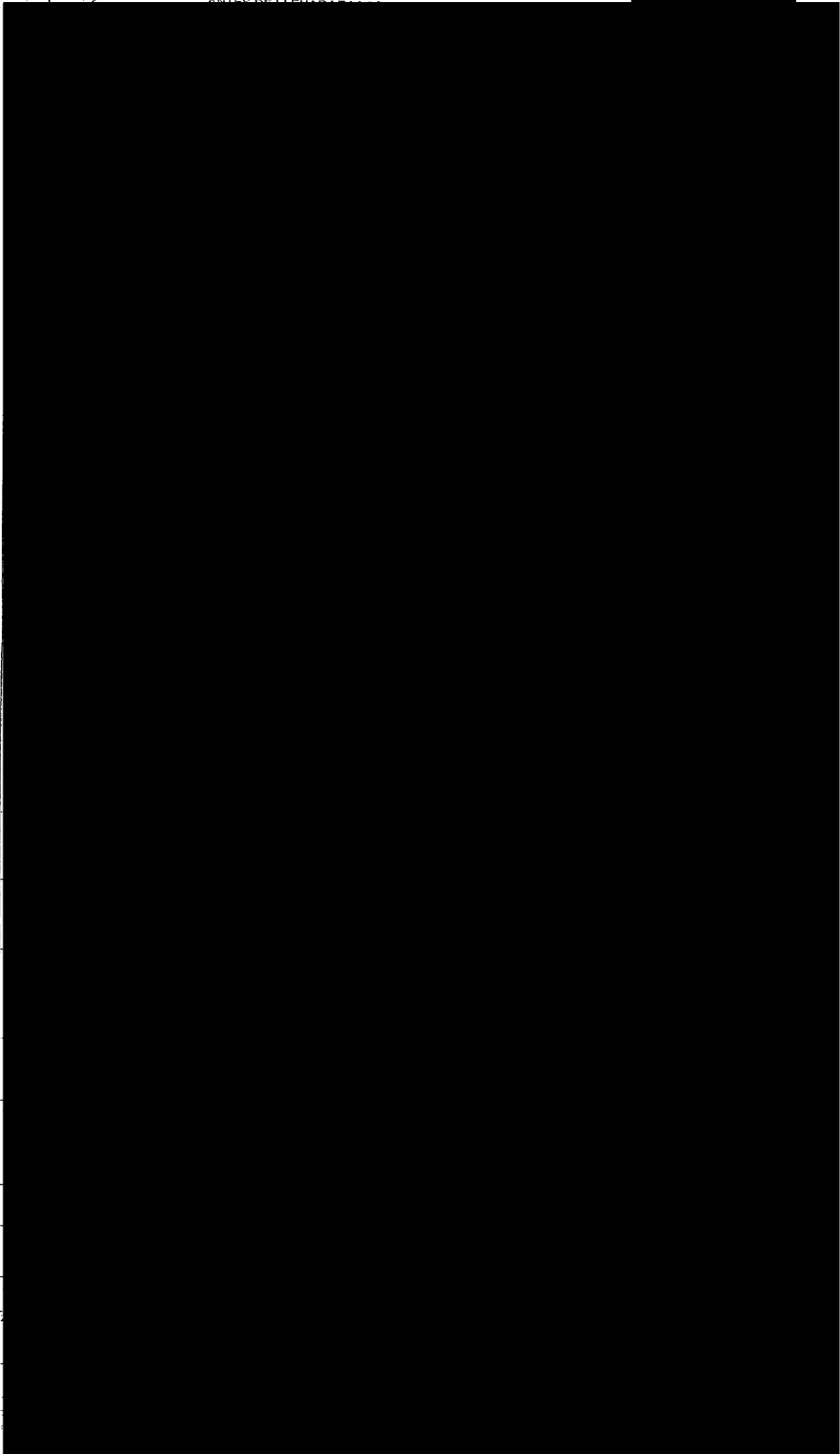
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANT. MPA

LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA O PERSONAS QUE SEAN HECHAS CARGO DE LA DEFUNCIÓN DEBE SER CONSCIENTE DE LO SIGUIENTE:

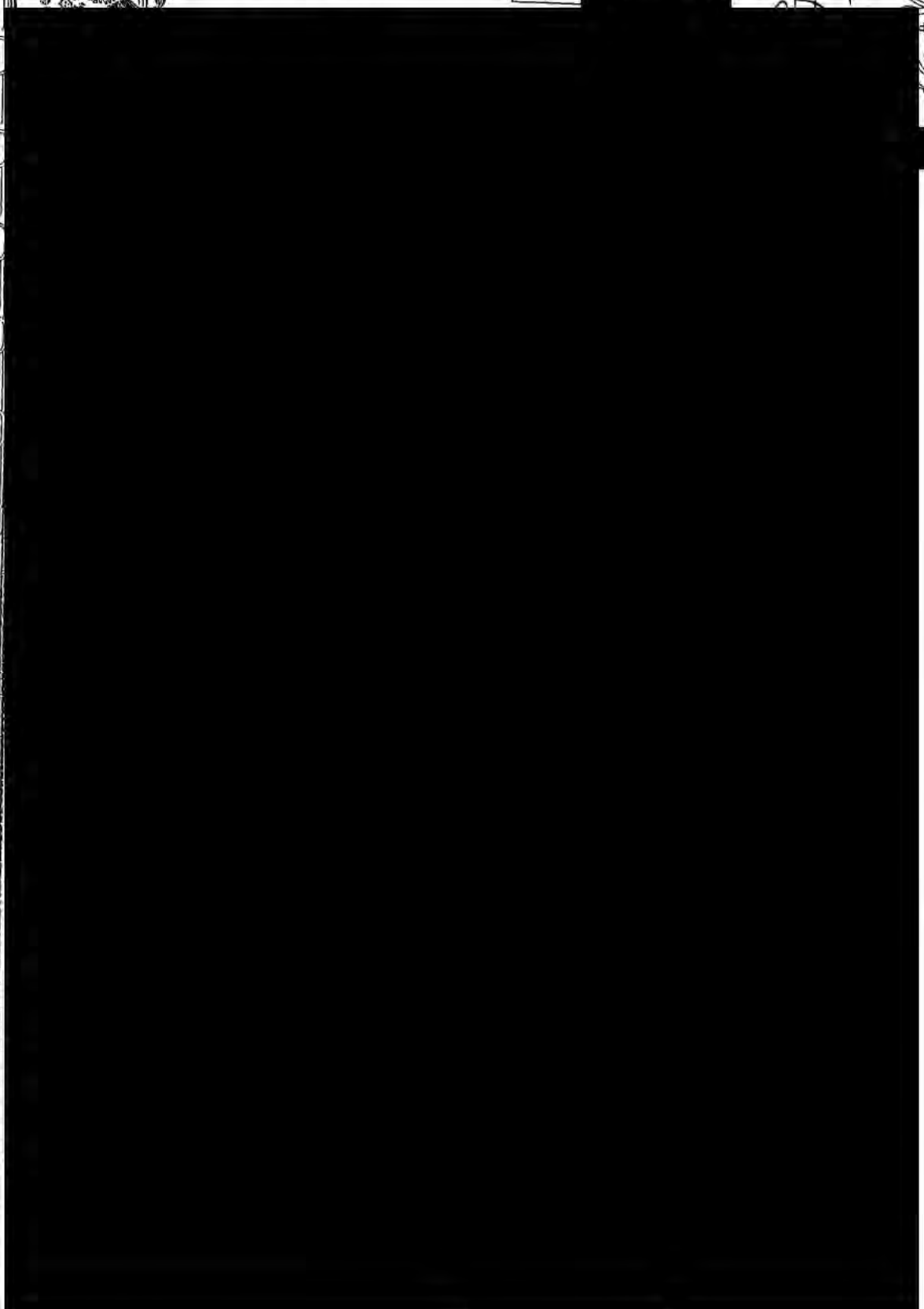
DEL FALLECIDO	DE LA DEFUNCIÓN	BUENAS O ACIDENTALES Y VIOLENTAS	DEL CERTIFICANTE	DEL INF.
---------------	-----------------	----------------------------------	------------------	----------





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
LIC. ESTHELA CECILIA MARCHAN CASTAÑEDA



Sección: FISCALÍA ESPECIALIZADA CONTRA EL
SECUESTRO.

389



Oficio núm.: [REDACTED]

Expediente [REDACTED]

Asunto: SE SOLICITA ASENTAR DEFUNCION.

[REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
DE LA CIUDAD DE IGUALA, GUERRERO.
P R E S E N T E.

POR MEDIO DEL PRESENTE, ME PERMITO COMUNICAR A USTED, LA DEFUNCIÓN
DE LA PERSONA QUE EN VIDA RESPONDIÓ AL NOMBRE DE [REDACTED]
CON LOS SIGUIENTES DATOS:

[REDACTED]

LO QUE ME PERMITO COMUNICAR A USTED, PARA LOS FINES LEGALES A
QUE HAYA LUGAR

ATENTAMENTE,
EL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DEL FUERO COMUN
ADSCRITO A LA FISCALIA ESPECIALIZADA CONTRA EL SECUESTRO.



[REDACTED]

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
FISCALIA ESPECIALIZADA CONTRA EL SECUESTRO
C. C. P. FISCAL GENERAL DEL ESTADO QUERÉTARO DEL FUERO COMUN - PR
CHILPANCINGO, GRO.

Art. 110
Frac. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

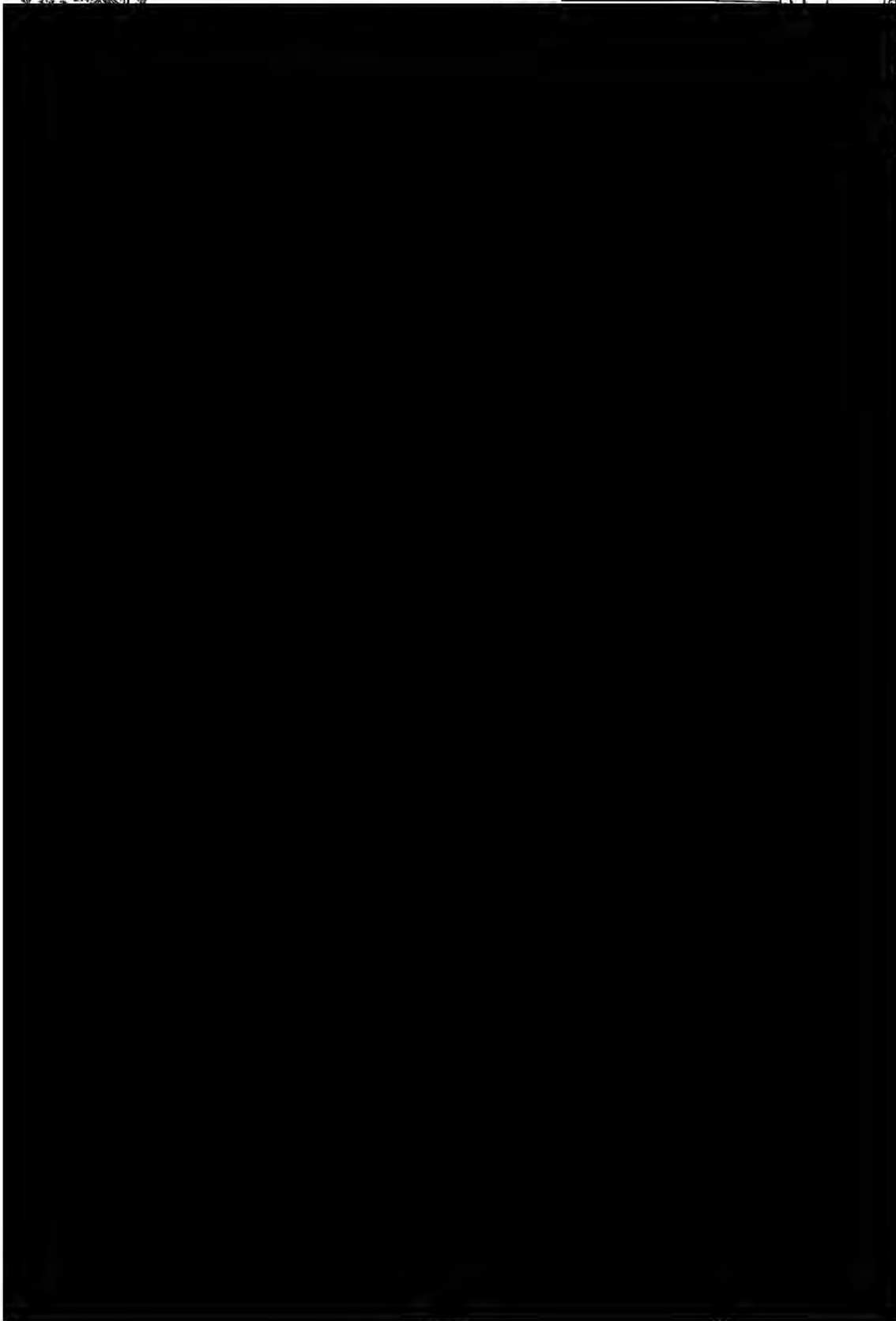
Art. 113
Frac. I
LFTAIP

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FIRMAS

TESTIGO

DECLARANTE

TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

FIRMA



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPALIDAD DE LA INDEPENDENCIA, GRU.
OFICIALIZA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

MUERTES ACCIDENTALES

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL

MUERTES ACCIDENTALES

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

Motivación 1

EL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Art. 113
Fracc. I
LFTAIP

Motivación 2



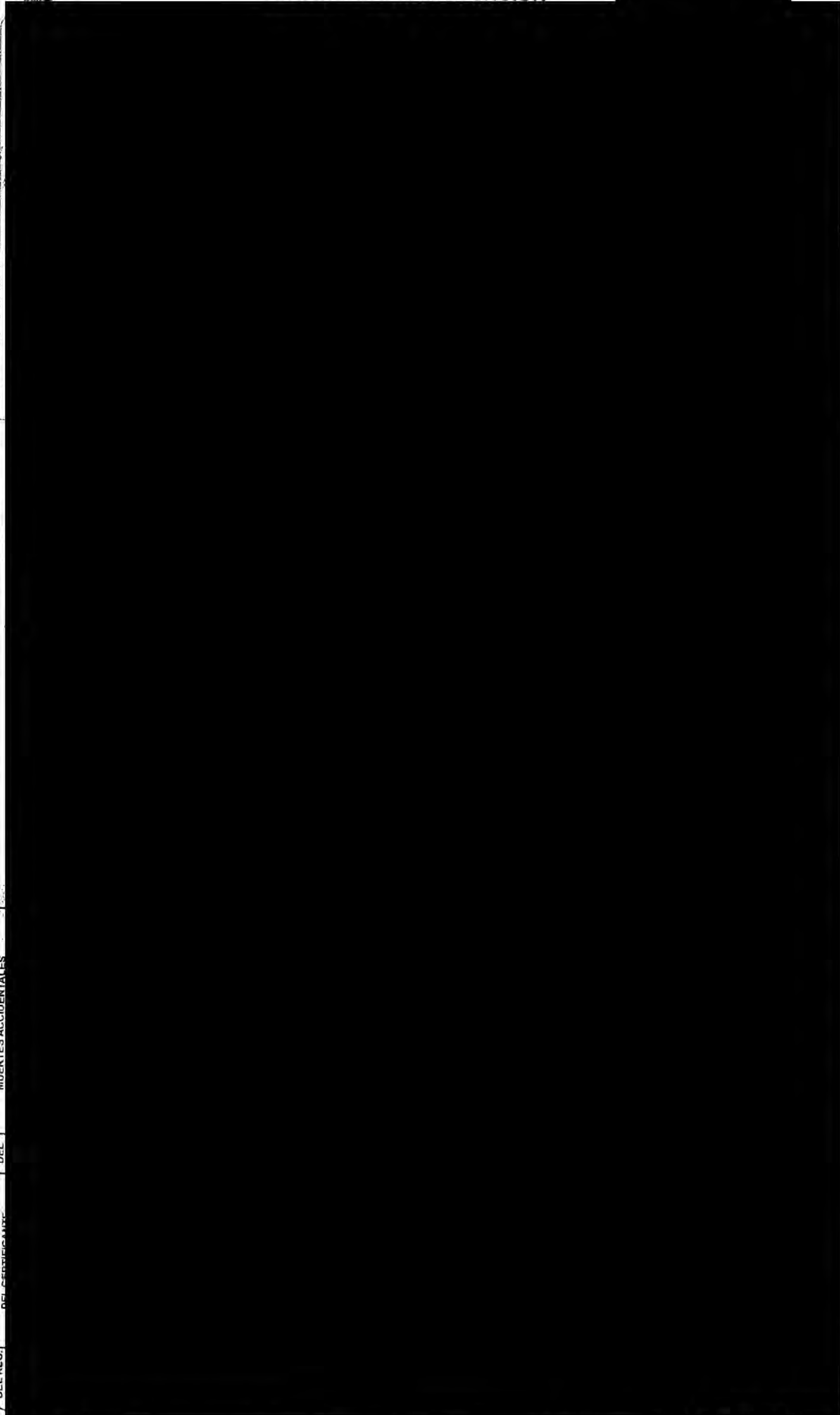
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

3

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

LOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



DEL REG. DEL CERTIFICANTE DEL MUERTES ACCIDENTALES

LFTAIP ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

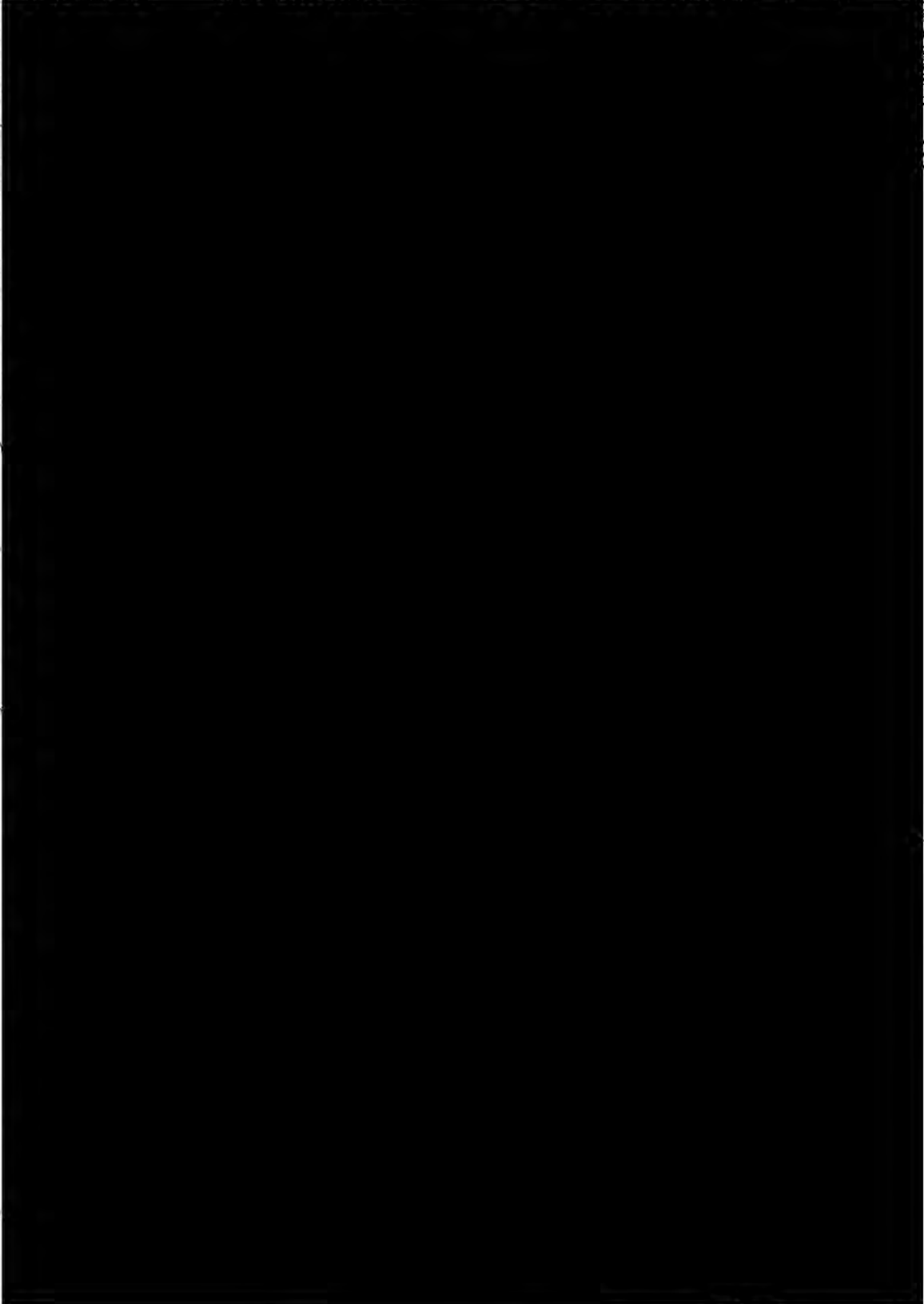
Motivación 1

Motivación 2

3



662



TESTIGO



TESTIGO

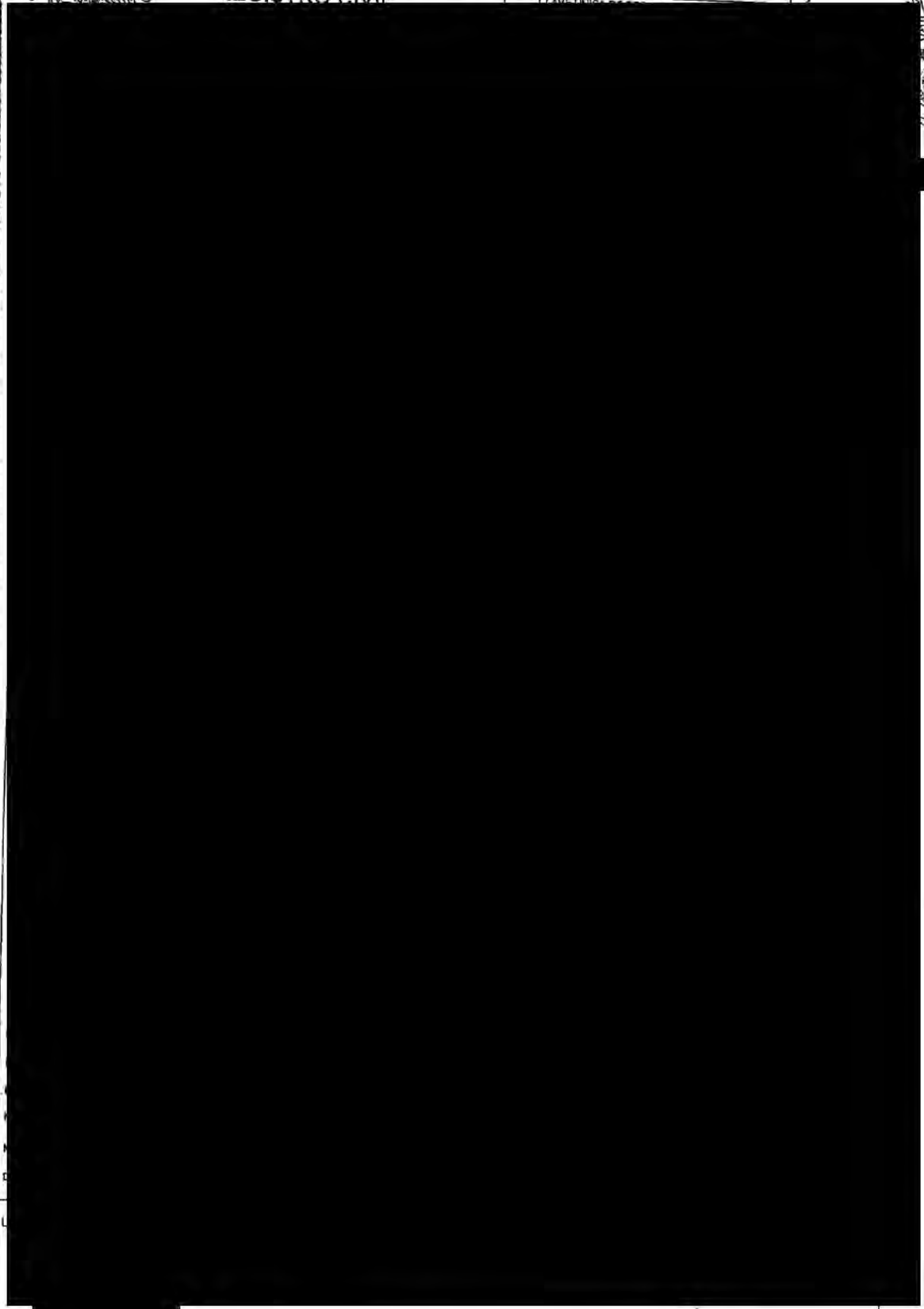
SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL



FIRMA





FIRMAS



A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN
INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL N.º 01 DEL REGISTRO CIVIL



1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

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

LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG. DEL CERTIFICANTE DEL INE. 25. GER. Person. Secret.

21. 21.1. El a 43 d desp

22. 22.1. Acce 22.3. Minis

22.7. A d 22.7.3

23. NO

25. GER

Person. Secret.

PA Ctr sig le. con mor

CA Es ex pro co me GIN 53



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES
Y VIOLENTAS

DEL REG. CIVIL

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Fracc. V, VII
LFTAIP

Fracc. I
LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

PGR

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA



SUBPROCURADURÍA DE DERECHOS HUMANOS, PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD. FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS.

OFICIO: [REDACTED]

ASUNTO: SE ORDENA LEVANTAMIENTO DE ACTA DE DEFUNCIÓN

Ciudad de México, a 17 de noviembre del 2017.

C.OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DEL MUNICIPIO DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA EN EL ESTADO DE GUERRERO PRESENTE.

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/15, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por la C. Procuradora General de la República; me dirijo a Usted muy atentamente, para solicitar se elabore el ACTA DE DEFUNCIÓN de la persona del sexo [REDACTED] quien en vida llevara el nombre de [REDACTED] de [REDACTED] años de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el certificado de defunción con número de folio [REDACTED] e fecha [REDACTED] debidamente suscrito y firmado por la doctor [REDACTED] en el cual se señala que la causa de defunción [REDACTED] fue a consecuencia de [REDACTED]

[REDACTED], sin soslayar que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que exista alguno pendiente por practicar. Solicitando remita a la brevedad copia certificada de la misma.

Sin otro particular, reitero a Usted mi consideración y respeto.

ATENTAMENTE "SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN" EL C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO DE LA FEDERACIÓN

[REDACTED]

TITULAR DE LA MESA 03 DE LA FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS.

PERSONAS DESAPARECIDAS MESA 3

[REDACTED]





399

OFICIO

ASUNTO: SE AUTORIZA TRASLADO

Ciudad de México, a 17 de noviembre del 2017.

**AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES
PRESENTES.**

En cumplimiento al acuerdo dictado en autos de la averiguación previa citada al rubro, y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, 21 y 102, apartado "A" de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 130 del Código Federal de Procedimientos Penales; 348 de la Ley General de Salud; 4, fracción I, inciso A), subinciso b), 22, fracción II, inciso e) de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República, así como el acuerdo A/094/2015, publicado en fecha 09 de octubre de 2015, emitido por la C-Procuroadora General de la República, que por medio del presente oficio se solicita a todas y cada una de las **Autoridades Civiles y Militares**, presenten apoyo al o los portadores del presente con el objeto de no obstaculizar el traslado de la Ciudad de México al Municipio de Iguala, estado de Guerrero, de los restos óseos de la persona del sexo [REDACTED] quien en vida llevara el nombre de [REDACTED] de [REDACTED] de edad, toda vez que ya le fue practicada la necropsia de ley, en la Coordinación General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República y en su momento oportuno se extendió el certificado de defunción con número de folio [REDACTED]

[REDACTED] en el cual se señala que la causa de defunción del hoy occiso fue por [REDACTED] sin soslayar que ya fueron recabados todos los dictámenes periciales solicitados sin que exista alguno pendiente por practicar.

Lo anterior para los fines legales a que haya lugar.

ATENTAMENTE

[REDACTED]
TITULAR DE LA MESA 3 DE LA FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS.

DE DERECHOS HUMANOS,
PREVENCIÓN DEL DELITO Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD.

FISCALÍA ESPECIALIZADA DE BÚSQUEDA DE
PERSONAS DESAPARECIDAS



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 10 DE NOVIEMBRE DE 2017	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01092	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

400

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

56367



(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)



DECLARANTE



ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

SELO DE LA DEFUNCIÓN
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GZ
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2015-2018

Lote
43
1^a
clase

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
 Nombre(s) _____ Primer Apellido _____
2. FECHA DE DEFUNCIÓN
 Día _____ Mes _____ Año _____
3. C _____
 Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos _____
 Para menores de un día: Horas _____
 Para menores de un mes: Dias _____
 Para menores de un año: Meses _____
 Para personas de un año o más: Años cumplidos _____
 Se ignora

Para menores de 28 días anote:
 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____
 8.2 Semanas de gestación: _____

9. ESTADO CONYUGAL
 En unión libre Separado(a)
 Divorcedo(s) Viudo(a) Casado(a)
 Soltero(a) Se ignora

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)
 PARTE I
 Causa 1: _____ Código CIE _____
 Causa 2: _____ Código CIE _____
 Causa 3: _____ Código CIE _____
 Causa 4: _____ Código CIE _____
 Causa 5: _____ Código CIE _____
 Causa 6: _____ Código CIE _____
 Causa 7: _____ Código CIE _____
 Causa 8: _____ Código CIE _____
 Causa 9: _____ Código CIE _____
 Causa 10: _____ Código CIE _____

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS.
 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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?
 SI No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?
 SI No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE _____

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
 22.1 Fue un presunto:
 Accidental Homicidio Suicidio Se ignora

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?
 SI No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular Área deportiva
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (vía pública)
 Escuela u otras públicas Área comercial o de servicio
 Otro Se ignora

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) 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, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:

22.7 Anote 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 _____

DEL REG. CIVIL
 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO
 Núm. _____ Libro Núm. _____
 31.1 Acta Núm. _____

DEL CERTIFICANTE

DEL INF.

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
 32.1 Localidad _____
 32.2 Municipio o delegación _____
 32.3 Entidad federativa _____
 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

MODELO 2017
FOLIO

[Redacted]

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]

2. FECHA DE NACIMIENTO [Redacted]

Segundo Apellido [Redacted]

Estranjero AD Se ignora

Especifique [Redacted]

Para menores de 28 días antes: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]

Para menores de un año: 8.2 Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL: En unión libre Separado(a) Vuido(a) Casado(a)

Para personas de un año o más: [Redacted] Años cumplidos [Redacted]

10. ESCOLARIDAD [Redacted]

11. La residencia [Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) [Redacted]

b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

c) [Redacted]

d) [Redacted]

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: 10 minutos, 8 horas, 3 meses, 1 año

Uso exclusivo del personal codificado: Código CIE [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Si No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Si No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [Redacted]

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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Escuela u oficina pública Área deportiva Calle o carretera (vía pública) Área comercial o de servicio Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora

22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vivienda [Redacted] 22.7.2 Nombre de la vivienda [Redacted]

22.7.3 Núm. Exterior [Redacted] 22.7.4 Núm. Interior [Redacted] 22.7.5 Tipo de asentamiento humano [Redacted] 22.7.6 Nombre del asentamiento humano [Redacted]

22.7.7 Código Postal [Redacted] 22.7.8 Localidad [Redacted]

31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO [Redacted]

32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO [Redacted]

32.1 Localidad [Redacted]

32.2 Municipio o delegación [Redacted]

32.3 Entidad federativa [Redacted]

32.4 Día [Redacted] Mes [Redacted] Año [Redacted]

DEL REG. CIVIL [Redacted]

31.1 Fecha [Redacted] 31.2 Año [Redacted]

31.3 Libro Núm. [Redacted] 31.4 Folio Núm. [Redacted]

31.5 Fecha [Redacted] 31.6 Año [Redacted]

31.7 Fecha [Redacted] 31.8 Año [Redacted]

31.9 Fecha [Redacted] 31.10 Año [Redacted]

31.11 Fecha [Redacted] 31.12 Año [Redacted]

31.13 Fecha [Redacted] 31.14 Año [Redacted]

31.15 Fecha [Redacted] 31.16 Año [Redacted]

31.17 Fecha [Redacted] 31.18 Año [Redacted]

31.19 Fecha [Redacted] 31.20 Año [Redacted]

31.21 Fecha [Redacted] 31.22 Año [Redacted]

31.23 Fecha [Redacted] 31.24 Año [Redacted]

31.25 Fecha [Redacted] 31.26 Año [Redacted]

31.27 Fecha [Redacted] 31.28 Año [Redacted]

31.29 Fecha [Redacted] 31.30 Año [Redacted]

31.31 Fecha [Redacted] 31.32 Año [Redacted]

31.33 Fecha [Redacted] 31.34 Año [Redacted]

31.35 Fecha [Redacted] 31.36 Año [Redacted]

31.37 Fecha [Redacted] 31.38 Año [Redacted]

31.39 Fecha [Redacted] 31.40 Año [Redacted]

31.41 Fecha [Redacted] 31.42 Año [Redacted]

31.43 Fecha [Redacted] 31.44 Año [Redacted]

31.45 Fecha [Redacted] 31.46 Año [Redacted]

31.47 Fecha [Redacted] 31.48 Año [Redacted]

31.49 Fecha [Redacted] 31.50 Año [Redacted]

31.51 Fecha [Redacted] 31.52 Año [Redacted]

31.53 Fecha [Redacted] 31.54 Año [Redacted]

31.55 Fecha [Redacted] 31.56 Año [Redacted]

31.57 Fecha [Redacted] 31.58 Año [Redacted]

31.59 Fecha [Redacted] 31.60 Año [Redacted]

31.61 Fecha [Redacted] 31.62 Año [Redacted]

31.63 Fecha [Redacted] 31.64 Año [Redacted]

31.65 Fecha [Redacted] 31.66 Año [Redacted]

31.67 Fecha [Redacted] 31.68 Año [Redacted]

31.69 Fecha [Redacted] 31.70 Año [Redacted]

31.71 Fecha [Redacted] 31.72 Año [Redacted]

31.73 Fecha [Redacted] 31.74 Año [Redacted]

31.75 Fecha [Redacted] 31.76 Año [Redacted]

31.77 Fecha [Redacted] 31.78 Año [Redacted]

31.79 Fecha [Redacted] 31.80 Año [Redacted]

31.81 Fecha [Redacted] 31.82 Año [Redacted]

31.83 Fecha [Redacted] 31.84 Año [Redacted]

31.85 Fecha [Redacted] 31.86 Año [Redacted]

31.87 Fecha [Redacted] 31.88 Año [Redacted]

31.89 Fecha [Redacted] 31.90 Año [Redacted]

31.91 Fecha [Redacted] 31.92 Año [Redacted]

31.93 Fecha [Redacted] 31.94 Año [Redacted]

31.95 Fecha [Redacted] 31.96 Año [Redacted]

31.97 Fecha [Redacted] 31.98 Año [Redacted]

31.99 Fecha [Redacted] 31.100 Año [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1 [Redacted] Motivación 2 [Redacted]

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

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

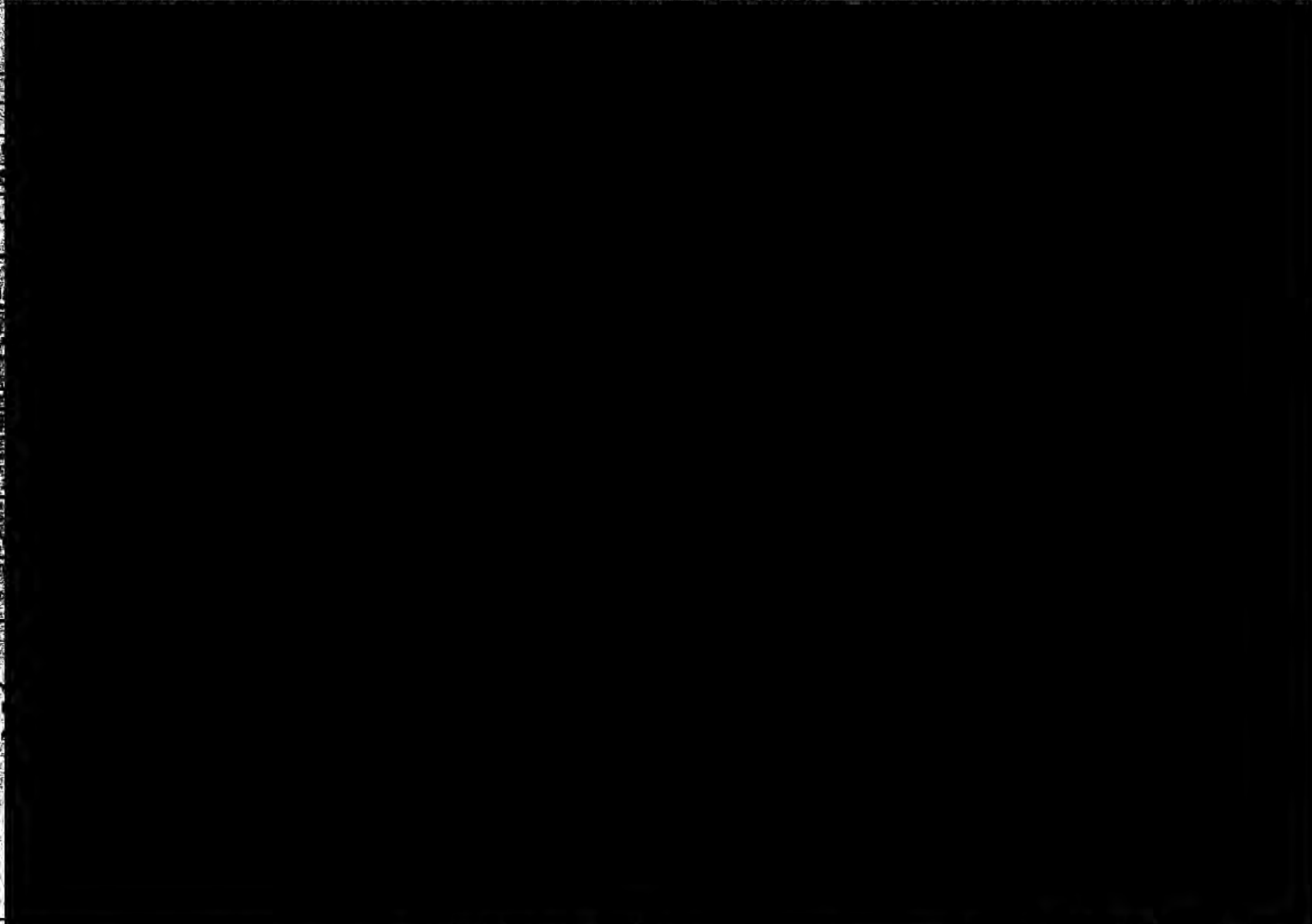
DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

LFTAI

Art. 113
Bras. 1
PETA

En nombre de
Morelos y como Oficial del Registro Civil de este
lugar, hago saber a los que la presente vieren,
certifico que en el Libro Número 02
del Registro Civil que es a mi cargo, a la foja 96
se encuentran asentados los datos siguientes:



El presente es un documento del Registro Civil de este
Municipio de Zacatepec, Morelos, que los datos de la
presente inscripción son los que se encuentran
asentados en el Libro del Registro Civil que tiene a su
cargo.

Certificación que se expide
en ZACATEPEC MORELOS



El C. Oficial No. 01 del Registro Civil



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

405



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 15 DE NOVIEMBRE DE 2017	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01115	ENTIDAD FEDERATIVA QUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

56

NOMBRE: [REDACTED]

[REDACTED]

FALLECIMIENTO

[REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MORTUO: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:
PRESENTO REQUISITOS.-
INVESTIGACION
PARA EL CASO
DE [REDACTED]

FIRMAS

[REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN EL MOMENTO DE INTERVINERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL





SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO



LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INMUEBLE DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		ERON		ORDUNA		HERNANDEZ	
2. [Redacted]		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		H01			
5. CURP		[Redacted]					
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) <input type="radio"/> 6	
[Redacted]		[Redacted]		En unión libre <input type="radio"/> 4		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	
10. RESIDENCIA HABITUAL		11. ESPECIFICACIONES		12. [Redacted]		13. [Redacted]	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		PARTE I		Intervalo aproximado		Código CIE	
[Redacted]		[Redacted]		6 meses		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		18 días		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		1 año		[Redacted]	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
El embarazo <input type="radio"/> 1		No <input type="radio"/> 2		SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Código CIE	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		[Redacted]	
22.1 Fue un presunto		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	
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 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		[Redacted]	
[Redacted]		[Redacted]		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
[Redacted]		[Redacted]		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
[Redacted]		[Redacted]		22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
31.1 Fecha		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día	
[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]		[Redacted]	

31.1 Fecha: [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día: [Redacted] Mes: [Redacted] Año: [Redacted]

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
LEGLB90324MGRYRZ02



407

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 17 DE NOVIEMBRE DE 2017	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01134	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

[REDACTED]

(LOCALIDAD) [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: 04:30

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: LOTE 348, PRIMERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

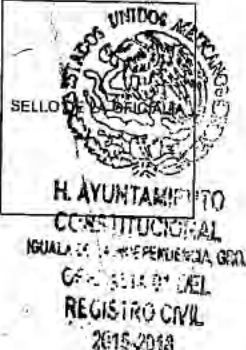
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

El C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA





CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

[REDACTED]

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

2. EDAD DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

3. SEXO DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora: Minutos [REDACTED]

Para menores de un día: Horas [REDACTED]

Para menores de un mes: Días [REDACTED]

Para menores de un año: Meses [REDACTED]

Para personas de un año o más: Años [REDACTED]

Se ignora 9

9. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 0

Separado(a) 6

Divorciado(a) 7

Viudo(a) 2

Casado(a) 5

Se ignora 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1

ISSSTE 3

SEMEX 4

SEDENA 5

SEMAR 6

IMSS PROSPERA 10

Otra 8

Se ignora 99

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1

IMSS 3

SEMEX 5

SEMAR 7

IMSS PROSPERA 2

ISSSTE 4

SEDENA 6

Otra unidad pública 8

Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [REDACTED]

Via pública 10

Otro lugar 12

Hogar 11

Se ignora 99

15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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

[REDACTED]

Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte

Uso exclusivo del personal codificado

Código CIE

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

a) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

b) [REDACTED]

c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

d) [REDACTED]

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

[REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1

El parto 2

El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4

No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?

SI 1

No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

Código CIE

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1

Homicidio 2

Suicidio 3

Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?

SI 1

No 2

Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0

Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1

Escuela u oficina pública 2

Área deportiva 3

Calle o carretera (vía pública) 4

Área comercial o de servicio 5

Área industrial (taller, fábrica u obra) 6

Granja (rancho o parcela) 7

Otro 8

Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio.

[REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión.

[REDACTED]

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LOS DATOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUELTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL REG.

Art. 140. MENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Fracc. V, VII LFTAIP

Art. 113 Fracc. I LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

409



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 22 DE NOVIEMBRE DE 2017	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01140	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

563

NOMBRE: [REDACTED]
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
 DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

(MUNICIPIO) GUERRERO (ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]
 NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]
 NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]
 LUGAR: [REDACTED]
 DESTINO DEL CUERPO: [REDACTED]
 UBICACION: [REDACTED]
 DONDE FALLECIO: [REDACTED]
 CAUSAS DE LA DEFUNCION: [REDACTED]
 TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
 NOMBRE DEL MEDICO: [REDACTED]
 NO. DE CEDULA: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
 NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTÓ REQUISITOS.

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED]
 [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN EN PRESENCIA DE LOS TESTIGOS QUE EN ESTE ACTO INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]



SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

[Redacted]

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	[Redacted]				
	2. [Redacted]	[Redacted]				
	3. [Redacted]	[Redacted]				
DE LA DEFUNCIÓN	4. CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más
	5. [Redacted]	[Redacted]				
	6. [Redacted]	[Redacted]				
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	7. [Redacted]	[Redacted]				
	8. ESTADO CONYUGAL	En unión libre	Separado(a)	Vijdo(a)	Divorciado(a)	Soltero(a)
	9. [Redacted]	[Redacted]				
DEL REG. CIVIL	10. RESIDENCIA HABITUAL	[Redacted]				
	11. [Redacted]	[Redacted]				
	12. [Redacted]	[Redacted]				
DEL INF.	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna	ISSSTE	SEDENA	Seguro Popular	Otra
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud	IMSS	PEMEX	SEMAR	Unidad médica privada
	15. [Redacted]	[Redacted]				
DEL CERTIFICANTE	16. [Redacted]	[Redacted]				
	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí		No		Se ignora
	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí		No		Se ignora
DEL REG. CIVIL	19. [Redacted]	[Redacted]				
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	[Redacted]				
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	[Redacted]				
DEL REG. CIVIL	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	[Redacted]				
	23. Sitio donde ocurrió la lesión	[Redacted]				
	24. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	[Redacted]				
DEL REG. CIVIL	25. La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número	[Redacted]				
	26. [Redacted]	[Redacted]				
	27. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	[Redacted]				
DEL REG. CIVIL	28. [Redacted]	[Redacted]				
	29. [Redacted]	[Redacted]				
	30. [Redacted]	[Redacted]				
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	[Redacted]				
	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	[Redacted]				
	33. [Redacted]	[Redacted]				

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 23 DE NOVIEMBRE DE 2017	
LIBRO 06	ACTA No. 01155	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DEL PADRE _____ NACIONALIDAD: _____
 NOMBRE DE LA MADRE _____ NACIONALIDAD: _____

FALLECIMIENTO
 FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
 LUGAR: _____ CERTIFICADO NO.: _____

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: _____
 UBICACION DEPARTAMENTO DE TERCERA CLASE _____ ORDEN NO.: _____

DONDE FALLECIO: CA _____
 CAUSAS DE LA MUERTE _____

TIPO DE DEFUNCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: _____
 NO. DE CEDULA PROFESIONAL: _____

DOMICILIO: _____
 DECLARANTE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: SANTOS DEGOLLADO NO. 81, COLONIA CENTRO, IGUALA, GUERRERO OCUPACION: _____

TESTIGOS

NOMBRE _____
 NACIONALIDAD _____
 DOMICILIO _____
 NOMBRE _____
 NACIONALIDAD _____
 DOMICILIO _____

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
 PRESENTO REQUISITOS.-

TESTIGO _____ FIRMAS _____ TESTIGO _____
 TESTIGO _____ DECLARANTE _____ TESTIGO _____

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL _____

SELLO DE LA OFICIALIA

H. AYUNTAMIENTO
 CONSTITUCIONAL
 IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.
 OFICIALIA 01 DEL
 REGISTRO CIVIL
 2015-2019

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s) completo(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
	2. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes	
DE LA DEFUNCIÓN	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación		9. ESTADO CONYUGAL			
	10. RESIDENCIA HABITUAL		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES)			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER, DE 10 A 54 AÑOS		21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
DEL REG. CIVIL	22.1 Fue un presunto		22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		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 Anote 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		31.1 Acta Núm.		31.2 Localidad		
31.1 Acta Núm.		31.2 Localidad		32.1 Municipio o delegación		32.2 Entidad federativa		
32.1 Municipio o delegación		32.2 Entidad federativa		32.3 Municipio o delegación		32.4 Entidad federativa		



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



414

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 04 DE DICIEMBRE DE 2017	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 06	ACTA No. 01188	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION REMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO DE ENTERRAMIENTO: [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED]
B) [REDACTED]
C) [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE Cedula: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

FIRMAS

[REDACTED] TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [REDACTED]

Nombre(s) [REDACTED] Primer Apellido [REDACTED] Segundo Apellido [REDACTED]

país (si nació en el extranjero) [REDACTED]

DEL FALLECIDO

11. ESCOLARIDAD

Ninguna 1 Preescolar 12 Primaria 3 Secundaria 5

Bachillerato o preparatoria 7 Profesional 8 Posgrado 10 Se ignora 99

11.1 La escolaridad seleccionada es: [REDACTED] 99

Completada Incompleta 2

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8

IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS PROSPERA 10 Se ignora 99

13.1 Número de seguridad social o afiliación [REDACTED]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7

IMSS PROSPERA 2 ISSSTE 4 SEDENA 6 Otra unidad pública 8

Unidad médica privada 9

14.1 Nombre de la unidad médica [REDACTED]

14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [REDACTED]

Via pública 10 Otro lugar 12

Hogar 11 Se ignora 99

DE LA DEFUNCIÓN

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada espacio. Evite utilizar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [REDACTED]

Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

c) Debido a (o como consecuencia de) [REDACTED]

d) [REDACTED]

PARTE II

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte [REDACTED] 5 días

Código CIE [REDACTED]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:

El embarazo 1 El parto 2 El puerperio 3

43 días a 11 meses después del parto o aborto 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1 No 2

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto

Accidente 1 Homicidio 2 Suicidio 3 Se ignora 9

22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1 No 2 Se ignora 9

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión

Vivienda particular 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 1 Escuela u oficina pública 2

Área deportiva 3 Calle o carretera (via pública) 4 Área comercial o de servicio 5

Área Industrial (taller, fábrica u obra) 6 Granja (rancho o parcela) 7 Otro 8 Se ignora 9

22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) [REDACTED]

22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [REDACTED]

22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [REDACTED]

22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio

22.7.1 Tipo de vialidad [REDACTED]

22.7.2 Nombre de la vialidad [REDACTED]

[REDACTED]

31.1 Acta Núm. [REDACTED] 32.2 Municipio o delegación [REDACTED] 32.3 Entidad federativa [REDACTED] 32.4 Día Mes Año [REDACTED]

Art. 110 ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD Art. 113 Fracc. V, VII LFTAIP Fracc. I LFTAIP

Motivación 1 INTERESADO Motivación 2

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO			
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) [Redacted]			
2. FECHA DE NACIMIENTO 08/09/1960 Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO [Redacted]			
5. CURP [Redacted]			
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos [Redacted] Para menores de un día: Horas [Redacted] Para menores de un mes: Días [Redacted] Para menores de un año: Meses [Redacted] Para personas de un año o más: Años [Redacted]			
7. Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted]		8.2 Semanas de gestación: [Redacted]	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Vido(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input 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 11.1 La escolaridad seleccionada es: [Redacted] Se ignora <input type="radio"/> 99 Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 [Redacted]			
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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 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 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]			
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): [Redacted] Hogar <input checked="" type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99			
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: [Redacted] 15.2 Nombre de la vialidad: [Redacted] 15.3 Núm. Exterior: [Redacted] 15.4 Núm. Interior: [Redacted] 15.5 Tipo de asentamiento humano: [Redacted] 15.6 Nombre del asentamiento humano: [Redacted] 15.7 Código Postal: [Redacted] 15.8 Localidad: [Redacted] 15.9 Municipio o delegación: [Redacted] 15.10 Entidad federativa: [Redacted]			
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 5 días Código CIE: [Redacted] PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 1 mes 3 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 45 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 6 El puerperio <input type="radio"/> 3		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: [Redacted]			
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS			
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 type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 ¿Si no, donde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted] 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.8 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a)	
22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad	
22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
22.7.6 Nombre del asentamiento humano		[Redacted]	
31.1 Acta Núm. [Redacted] 32.2 Municipio o delegación: [Redacted] 32.3 Entidad federativa: [Redacted] 32.4 Día Mes Año			



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

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

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

DE HECHOS ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)
[Redacted]

8. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos [Redacted]
 Para menores de un día: Horas [Redacted]
 Para menores de un mes: Dias [Redacted]
 Para menores de un año: Meses [Redacted]
 Para personas de un año o más: Años cumplidos [Redacted] Se ignora

9. ESTADO CONYUGAL
 Para menores de 28 días antes: 9.1 Folio del Certificado de Nacimiento [Redacted]
 9.2 Semanas de gestación: [Redacted]
 Separado(a) 6
 Viudo(a) 2
 Casado(a) 9
 En unión libre 7
 Divorcado(a) 8
 Soltero(a) 1
 Se ignora 9

10. NIVEL DE INSTRUCCIÓN
 Ninguna 1, Preescolar 2, Primaria 3, Secundaria 5, seleccionada es: [Redacted] Se ignora 99
 Bachillerato o preparatoria 7, Profesional 8, Postgrado 10, Se ignora 99, Completa 1, Incompleta 9

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8
 IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 6, IMSS PROSPERA 10, Se ignora 99
 13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, 14.1 Nombre de la unidad médica [Redacted]
 IMSS PROSPERA 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8, Unidad médica privada 9, 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES) [Redacted]
 Via pública 10, Otro lugar 12, Hogar 11, Se ignora 99

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote causas o causas relacionadas. Evite usar palabras de morir -elección, paro cardíaco, asfemia, etc.)
 PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. a) [Redacted] Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 7 años, Código CIE [Redacted]
 b) Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. b) 3 años, Código CIE [Redacted]
 c) 1 año, Código CIE [Redacted]
 d) 10 meses, Código CIE [Redacted]
 PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo.

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 15 A 49 AÑOS
 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:
 El embarazo 1, el parto 2, El puerperio 3
 43 días a 11 meses después del parto o aborto 4, No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2
 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI 1, No 2
 21.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
 22.1 Fue un presunto: Accidente 1, Homicidio 2, Suicidio 3, Se ignora 9
 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI 1, No 2, Se ignora 9
 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular 0, Área deportiva 3 (laser, fábrica u obra), Granja (rancho o parcela) 7, Calle o carretera (vía pública) 4, Área comercial o de servicio 5, Escuela u oficina pública 2, Se ignora 9
 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el/la fallecido(a) [Redacted]
 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Redacted]
 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]
 22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio [Redacted]
 22.7.2 Nombre de la vitalidad [Redacted]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA: 01
FECHA DE REGISTRO: 14 DE DICIEMBRE DE 2017

LIBRO: 07
ACTA No.: 01207

LOCALIDAD: IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA: GUERRERO

MUNICIPIO: IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

FINADO

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: [REDACTED] MUJER

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]

LUGAR: SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO DE PRIMERA CLASE ORDEN NO.: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: AV [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]
TESTIGO

[REDACTED]
DECLARANTE

[REDACTED]
TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED]
FIRMA



16



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 20 DE DICIEMBRE DE 2017
LIBRO 07
ACTA No. 01220

LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NAC: [REDACTED]
LUGAR DE NAC: [REDACTED]
DOMICILIO H: [REDACTED]

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCIÓN: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: HOGAR CERTIFICADO NO. [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATOARIO: [REDACTED]

UBICACION: DEPARTAMENTO [REDACTED]

DONDE FALLECIO: CALLE [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCIÓN: [REDACTED]

NOMBRE DEL MEDICO QUE QUIERO [REDACTED]

NO. DE CEDULA PROFESIONAL [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS
NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]

FIRMAS
[REDACTED]

TESTIGO
DECLARANTE
TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	[Redacted]		
		Primer Apellido	Segundo Apellido	[Redacted]
DEL FALLECIDO		[Redacted]		
	11. ESCOLARIDAD	[Redacted]		
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	[Redacted]		
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	[Redacted]		
DE LA DEFUNCIÓN	15. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	[Redacted]		
	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	[Redacted]		
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:	[Redacted]		
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	[Redacted]		
DEL REG. CIVIL	31.1 Acta Núm.	32.2 Municipio o delegación	32.3 Entidad federativa	32.4 Día Mes Año
	Frac. V, VII	LFTAIP	Frac. I	LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01
FECHA DE REGISTRO 28 DE DICIEMBRE DE 2017

LIBRO 07 ACTA No. 01242 LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

FINADO 5651396

NOMBRE: [REDACTED] SEXO: HOMBRE MUJER
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: [REDACTED] TERCERA CLASIFICACION: [REDACTED]

DONDE FALLECIO: CAL [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]

NOMBRE DEL M [REDACTED]

NO. DE CEDULA [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]

TESTIGOS

[REDACTED]

PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED] [REDACTED]
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]



Ar. Fr. LFTAIIP

INTERESADO

Motivación 2

Motivación 1

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
[REDACTED]		Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	
[REDACTED]		Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD		Se ignora <input type="radio"/>	
[REDACTED]		Otra <input type="radio"/> Especifique	
11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:	
Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input checked="" type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		12.1 Trabajaba:	
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> MEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIO LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>		[REDACTED]	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
<p>PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p>Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>Debido a (o como consecuencia de)</p>		45 días	
<p>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p>		6 meses	
		5 años	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		Código CIE	
Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/>		[REDACTED]	
22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)		[REDACTED]	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		[REDACTED]	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		[REDACTED]	
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda	
[REDACTED]		22.7.2 Nombre de la vivienda	
22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior	
[REDACTED]		[REDACTED]	
22.7.5 Tipo de asentamiento humano		22.7.6 Nombre del asentamiento humano	
[REDACTED]		[REDACTED]	
22.7.7 Código Postal		22.7.8 Localidad	
[REDACTED]		[REDACTED]	
22.7.9 Municipio o delegación		22.7.10 Entidad federativa	
[REDACTED]		[REDACTED]	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS CURP PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

25



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

423



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 09 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00028	ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		FINADO

5651434

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]

IGUALA (LOCALIDAD): [REDACTED]

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: VIA PUBLICA [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: [REDACTED]

UBICACION: PRIMERA [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: VIOLENTA

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]

NO. DE CEDULA: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO. INTEGRAL 1. CARPETA DE INVESTIGACION: 12050380402111251217.

OFICIO.: 16807, IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 26 DE DICIEMBRE DE 2017.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED] FIRMA [REDACTED]

[REDACTED] SELLO DE LA OFICIALIA



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO
[Redacted]

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO [Redacted] **Primer Apellido** [Redacted] **Segundo Apellido** [Redacted]

3. SEXO Hombre Mujer Se ignora

4. E [Redacted]

5. CURP [Redacted] **Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)** [Redacted]

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD Mexicana Otra Se ignora

8. EDAD CUMPLIDA
 Para menores de una hora: Minutos [Redacted]
 Para menores de un día: Horas [Redacted]
 Para menores de un mes: Días [Redacted]
 Para menores de un año: Meses [Redacted]
 Para personas de un año o más: Años cumplidos **3** **5** Se ignora

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: [Redacted] **8.2** Semanas de gestación: [Redacted]

9. ESTADO CONYUGAL
 En unión libre Separado(a) Viudo(a) Casado(a) Se ignora

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD
 Ninguna ISSSTE SEDENA Seguro Popular Otra Se ignora
 IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA

14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN
 Secretaría de Salud IMSS PEMEX SEMAR IMSS PROSPERA ISSSTE SEDENA Otra unidad pública Unidad médica privada

14.1 Nombre de la unidad médica: [Redacted] **14.2** Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES): [Redacted]

13.1 Número de seguridad social o afiliación: [Redacted]

13.2 Número de identificación personal (INEC): [Redacted]

13.3 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.4 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.5 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.6 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.7 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.8 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.9 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.10 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.11 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.12 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.13 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.14 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.15 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.16 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.17 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.18 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.19 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

13.20 Número de identificación profesional (INEP): [Redacted]

19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa)

PARTE I
 Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) [Redacted] **Código CIE** [Redacted]

Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] **Código CIE** [Redacted]

c) Debido a (o como consecuencia de) [Redacted] **Código CIE** [Redacted]

d) [Redacted] **Código CIE** [Redacted]

PARTE II
 Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo

[Redacted] **Código CIE** [Redacted]

21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
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

21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí No

21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí No

20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
 Código CIE [Redacted]

22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE

22.1 Fue un presunto:
 Accidente Homicidio Suicidio Se ignora

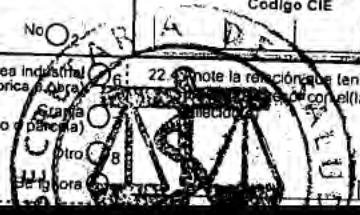
22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora

22.3 Sitio donde ocurrió la lesión:
 Vivienda particular Área deportiva
 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) Calle o carretera (via pública)
 Escuela u oficina pública Área comercial o de servicio

22.4 ¿Note la relación que tenía el fallecido con el(los) involucrado(s)?
 Área industrial (taller, fábrica, obra)
 Granja (rancho o parcela)
 Otro

22.5 La defunción fue registrada en el [Redacted] **22.6** Describe brevemente la situación [Redacted]

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.
 DEL FALLECIDO
 DE LA DEFUNCIÓN
 MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS
 DEL INF.
 DEL CERTIFICANTE



425



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO.
INTEGRAL 1

CARPETA DE INVESTIGACIÓN : [REDACTED]

OFICIO NÚM.: [REDACTED]

ASUNTO: INFORME A REGISTRO CIVIL.

[REDACTED] GUERRERO (26 VEINTISÉIS DÍAS) DEL MES DE [REDACTED]

C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL.
P R E S E N T E.

Por este conducto notifico a Usted, del fallecimiento de la persona del sexo [REDACTED] que en vida respondió al nombre de [REDACTED] de quien informo lo siguiente:

[REDACTED]

Lo que comunico a Usted, para los efectos legales correspondientes

[REDACTED]

Art. 110
Fracc. V, VII
LFTAIP

H. COLEGIO MILITAR (PRIVADA) ENTRE LA CHRYSEER Y LA VOLCANA

LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

26



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
LAVI240123HGRRZL09

426



OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 28 DE DICIEMBRE DE 2017	
LIBRO 07	ACTA No. 01240	LOCALIDAD IGUALA

MUNICIPIO
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA

NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE [REDACTED]

LUGAR DE [REDACTED]

DOMICILIO [REDACTED]

(LOCALIDAD)

NOMBRE DEL CONYUGE [REDACTED]

NOMBRE DEL PADRE [REDACTED]

NOMBRE DE LA MADRE [REDACTED]

FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED]

LUGAR: HOGAR [REDACTED]

DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION CREMACION NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] ANTIGUO MUNICIPAL

UBICACION: PRIMERA CLASE [REDACTED]

DONDE FALLECIO: [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE [REDACTED]

TIPO DE DEFUNCION: NATURAL

NOMBRE DEL M [REDACTED]

NO. DE CEDULA [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]

NACIONALIDAD [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.-

TESTIGO [REDACTED] FIRMAS [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL [REDACTED]



Ar...
Fracc. V...
LFTAIP

INTERESADO

LFTAIP

Motivación 1

Motivación 2

28



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

428
5051439

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 08 DE ENERO DE 2018	LOCALIDAD IGUALA
LIBRO 01	ACTA No. 00033	ENTIDAD FEDERATIVA QUERRERO
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
FINADO		
NOMBRE: [REDACTED]		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]		
(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA) MEXICO (PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	NACIONALIDAD:	
NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD: MEXICANA	
FALLECIMIENTO		
FECHA DE DEFUNCION:	HORA:	[REDACTED]
LUGAR: HOGAR	CERTIFICADO NO.:	
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION <input checked="" type="checkbox"/> CREMACION <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PANTEON O CREMATARIO: ANTIQUO MUNICIPAL		
UBICACION: LOTE 584-A, PRIMERA CLASE	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO: [REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE: A) [REDACTED] B) [REDACTED] C) [REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]		
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]		
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]		
DOMICILIO: [REDACTED]		
DECLARANTE		
NOMBRE: [REDACTED]	EDAD: [REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	[REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	[REDACTED]
TESTIGOS		
NOMBRE: [REDACTED]	[REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	[REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]	OCUPACION: [REDACTED]	[REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED]	[REDACTED]	
NACIONALIDAD: [REDACTED]	PARENTESCO: [REDACTED]	[REDACTED]
DOMICILIO: COL. SOLIDARIDAD, KIUALA, QUERRERO	OCUPACION: [REDACTED]	[REDACTED]
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES PRESENTO REQUISITOS.-		

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]

TESTIGO [REDACTED] DECLARANTE [REDACTED] TESTIGO [REDACTED]

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL
[REDACTED]

[REDACTED] FIRMA

SELO DE OFICIALIA
H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
MUNICIPAL DE LA INDEPENDENCIA, QUERRERO
OFICIALIA 01 DEL
REGISTRO CIVIL
2016-2018

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		[REDACTED]	
	2. [REDACTED]		Apellido [REDACTED]	
	3. [REDACTED]		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
DE LA DEFUNCIÓN	8. EDAD CUMPLIDA		7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	11. ESCOLARIDAD		12. OCUPACIÓN AL MOMENTO DE LA MUERTE	
	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
	PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) [REDACTED]		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
	b) Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica c) [REDACTED]		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	d) [REDACTED]		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE [REDACTED]	
	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
DEL INF.	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión	
	22.1 Fue un presunto		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	
	22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.6 Describe brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano	

Motivación 1

Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



OFICIALIA 01 FECHA DE REGISTRO
10 DE ENERO DE 2018
LIBRO 01 ACTA No. 00041 LOCALIDAD IGUALA
ENTIDAD FEDERATIVA GUERRERO

430

MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA FINADO

NOMBRE: [REDACTED]
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NOMBRE DEL CONYUGE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]

FALLECIMIENTO
FECHA DE DEFUNCION: [REDACTED] HORA: [REDACTED]
LUGAR: [REDACTED] CERTIFICADO NO.: [REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER: INHUMACION [REDACTED] EMACION [REDACTED] NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED]
UBICACION: DEPARTAMENTO DE TERCERA CLASE [REDACTED] ORDEN NO.: [REDACTED]
DONDE FALLECIO: CAL [REDACTED]

CAUSAS DE LA MUERTE: [REDACTED]
TIPO DE DEFUNCION: [REDACTED]
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION: [REDACTED]
NO. DE CEDULA PROFESIONAL: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED]
DECLARANTE

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
TESTIGOS

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]
NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED]
NACIONALIDAD: [REDACTED]
DOMICILIO: [REDACTED] OCUPACION: [REDACTED]

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, INTEGRAL 2, CARPETA DE INVESTIGACION: 12060380502145291217.
OFICIO NUMERO: 16976. IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GUERRERO, 29 DE DICIEMBRE DE 2017.

[REDACTED] FIRMAS [REDACTED]
TESTIGO DECLARANTE TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

EL C. OFICIAL No. 01 DEL REGISTRO CIVIL FIRMA

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SELO OFICIAL
H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL
IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GTO.
OFICIALIA 01 DEL REGISTRO CIVIL
2015-2018

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		Año		Mes		Día	
5. CURP		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	
4. EDAD CUMPLIDA		Para menores de un año		Para menores de un mes		Para personas de un año o más	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación		9. ESTADO CONYUGAL		Separado(a) / Viudo(a) / Casado	
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. [Redacted]		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		PARTE I		PARTE II		Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad		22.7.2 Nombre de la vialidad		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 [Redacted]	

EL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

Motivación 1 Motivación 2



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION



433

OFICIALIA 01	FECHA DE REGISTRO 04 DE ENERO DE 2018	
LIBRO 01	ACTA No. 00008	LOCALIDAD IGUALA
MUNICIPIO IGUALA DE LA INDEPENDENCIA		
NOMBRE: [REDACTED]		
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]		
DOMICILIO HABITUAL: [REDACTED]		

(LOCALIDAD)	(MUNICIPIO)	(ENTIDAD FEDERATIVA)	(PAIS)
NOMBRE DEL CONYUGE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	[REDACTED]
NOMBRE DEL PADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	[REDACTED]
NOMBRE DE LA MADRE	[REDACTED]	NACIONALIDAD:	[REDACTED]
FALLECIMIENTO			
FECHA DE DEFUNCION:	[REDACTED]	HORA:	[REDACTED]
LUGAR: IDESTE	[REDACTED]	CERTIFICADO NO.:	[REDACTED]
DESTINO DEL CADAVER:	[REDACTED] REMACION	NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO: [REDACTED] MUNICIPAL	
UBICACION: DEPARTAMENTO DE TERCERA CLASE	[REDACTED]	ORDEN NO.:	
DONDE FALLECIO:	[REDACTED]		
CAUSAS DE LA MUERTE: A)	[REDACTED]		
B)	[REDACTED]		
C)	[REDACTED]		
TIPO DE DEFUNCION:	[REDACTED]		
NOMBRE DEL MEDICO:	[REDACTED]		
NO. DE CEDULA:	[REDACTED]		
DOMICILIO:	[REDACTED]		
NOMBRE:	[REDACTED]	PARENTESCO:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	OCUPACION:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]		
TESTIGOS			
NOMBRE:	[REDACTED]	PARENTESCO:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	OCUPACION:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]		
NOMBRE:	[REDACTED]	PARENTESCO:	[REDACTED]
NACIONALIDAD:	[REDACTED]	OCUPACION:	[REDACTED]
DOMICILIO:	[REDACTED]		

LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES
PRESENTO REQUISITOS.

[REDACTED]	FIRMAS	[REDACTED]
TESTIGO	DECLARANTE	TESTIGO

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL.

[REDACTED]

[REDACTED] EL C. REGISTRAL NO. 01 DEL REGISTRO CIVIL

[REDACTED] FIRMA

